

ANÁLISIS DE LOS FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS QUE AFECTAN EL
DESEMPEÑO DEL CENTRO DE SALUD DE PARATEBUENO Y LAS POSIBILIDADES DE
PROYECTARSE COMO UN HOSPITAL DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL

NADIA CATALINA REINA DÍAZ
LINA SENETH CAMACHO GARAVITO

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y FINANZAS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS
VILLAVICENCIO

2015

ANÁLISIS DE LOS FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS QUE AFECTAN EL
DESEMPEÑO DEL CENTRO DE SALUD DE PARATEBUENO Y LAS POSIBILIDADES DE
PROYECTARSE COMO UN HOSPITAL DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL

NADIA CATALINA REINA DÍAZ

Código No. 852000403

LINA SENETH CAMACHO GARAVITO

Código No. 852000408

Proyecto de grado como requisito para optar al título de Especialista en Finanzas

Trabajo de grado dirigido por

HERNÁN MORALES LÓPEZ

Especialista en Dirección Financiera

MARÍA CRISTINA OTERO GÓMEZ

Especialista en Gerencia de Proyectos

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y FINANZAS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS
VILLAVICENCIO

2015

Nota de aceptación

Jurado

Jurado

Director Trabajo de Grado

Villavicencio, Marzo 2015.

AUTORIDADES ACADÉMICAS

OSCAR DOMÍNGUEZ GONZÁLEZ
Rector

WILTON ORACIO CALDERÓN
Vicerrector Académico

GIOVANI QUINTERO REYES
Secretario General

JUAN CARLOS LEAL CÉSPEDES
Decano Facultad de Ciencias Económicas

CARLOS RIOS
Director Escuela de Economía y Finanzas

WILSON GIRALDO
Director Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Económicas

MARÍA DEL CARMEN RUIZ SÁNCHEZ
Director de la Especialización en Finanzas

A Dios por darme la capacidad y sabiduría, esfuerzo y voluntad hasta lograr dicha meta personal y profesional. A mi familia por su estímulo y comprensión, a mi esposo e hijo por su apoyo incondicional.

Nadia Catalina Reina Díaz.

Al Todo Poderoso por concederme un escaño personal y profesional más en la vida. A mi familia por su apoyo y colaboración.

Lina Seneth Camacho Garavito.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a todas y cada una de las personas que de una u otra manera apoyaron el proceso investigativo. Sin embargo se desea hacer una excepción a los más inmediatos colaboradores.

Dr. Hernán Morales López, Dra. María Cristina Otero Gómez. Directores del Proyecto

Dra. María del Carmen Ruiz. Coordinadora especialización en finanzas.

Al centro de salud de Paratebueno por permitirme la información y apoyo hasta finalizar dicho proceso.

A la comunidad en general de Paratebueno, por su colaboración en el trabajo de campo.

Dr. Oscar Sánchez. Gerente Centro de Salud municipio de Paratebueno.

Dr. Germán Moncada. Auditor Régimen Subsidiado. Municipio de Paratebueno, por su valiosa colaboración.

A todos ellos nuestra gratitud y admiración hasta haber realizado dicho propósito.

Las autoras.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.1 Antecedentes del problema	15
1.2 Descripción del problema	16
1.3 Formulación del problema	20
2. JUSTIFICACIÓN	21
3. OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo General	23
3.2 Objetivos Específicos	23
4. MARCO REFERENCIAL	24
4.1 Marco teórico	24
4.2 Marco conceptual	38
4.3 Marco legal	50
4.4 Marco geográfico	57
5. DISEÑO METODOLÓGICO	63
5.1 Tipo de investigación	63
5.2 Población y muestra	63
5.3 Fuentes de recolección de la información	64
5.3.1 Fuentes primarias.	64
5.3.2 Fuentes secundarias.	64
6. DESARROLLO DEL TRABAJO	66
6.1 Características de la demanda	66
6.2 Análisis de la capacidad instalada del Centro de Salud frente a la demanda potencial de los servicios	68
6.2.1 Análisis y resultados de las encuestas.	71
6.2.2 Entrevista al gerente del Centro de Salud de Paratebueno.	79
7. ESTUDIO ECONÓMICO Y FINANCIERO	82
8. CONCLUSIONES	100

9.	RECOMENDACIONES	103
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
	ANEXOS	107

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Pirámide poblacional del municipio de Paratebueno, años 2005, 2013, 2020.	19
Figura 2. Estándares de un sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.	25
Figura 3. Perspectivas: teorías del desarrollo humano.	30
Figura 4. Sala de espera / Consultorio de enfermería.	60
Figura 5. Odontología / Consultorio médico.	61
Figura 6. Baño para usuarios / baño funcionarios.	62

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. Aseguramiento del municipio de Paratebueno.	67
Gráfica 2. ¿Ha recurrido al centro de salud del municipio de Paratebueno en los últimos 2 años?	72
Gráfica 3. ¿Los servicios que actualmente presta el centro de salud de Paratebueno cumple con sus expectativas?	73
Gráfica 4. ¿Cuál es el servicio que más utiliza en el centro de salud de Paratebueno?	74
Gráfica 5. Califique de 1 a 5 los siguientes servicios del centro de salud de Paratebueno, siendo 1 el menor y 5 el mayor.	75
Gráfica 6. De las siguientes razones, señale aquellos por las cuales califica como bueno el servicio recibido.	76
Gráfica 7. El estado físico del centro de salud es.	77
Gráfica 8. ¿Cree usted que el personal que atiende en el centro de salud es apto para atender la demanda existente?	78
Gráfica 9. ¿En caso de una urgencia de salud a qué lugar recurriría para ser atendido?	79

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Paratebueno, año 2005, 2013, 2020.	19
Tabla 2. Contraste de las instituciones de salud.	43
Tabla 3. Capacidad instalada. Recursos físicos. Año 2014.	58
Tabla 4. Capacidad instalada. Recursos humanos. Año 2013	59
Tabla 5. Aseguramiento de población municipio de Paratebueno.	67
Tabla 6. ¿Ha recurrido al centro de salud del municipio de Paratebueno en los últimos 2 años?	71
Tabla 7. ¿Los servicios que actualmente presta el centro de salud de Paratebueno cumple con sus expectativas?	72
Tabla 8. ¿Cuál es el servicio que más utiliza en el centro de salud de Paratebueno?	73
Tabla 9. Califique de 1 a 5 los siguientes servicios del centro de salud de Paratebueno, siendo 1 el menor y 5 el mayor.	74
Tabla 10. De las siguientes razones, señale aquellos por las cuales califica como bueno el servicio recibido.	75
Tabla 11. El estado físico del centro de salud es.	76
Tabla 12. ¿Cree usted que el personal que atiende en el centro de salud es apto para atender la demanda existente?	77
Tabla 13. ¿Considera usted que el municipio de Paratebueno requiere de un hospital de 1 y 2 nivel?	78
Tabla 14. Maquinaria y equipos.	82
Tabla 15. Muebles y enseres.	83
Tabla 16. Equipos de cómputo.	83
Tabla 17. Equipos de oficina.	84
Tabla 18. Vehículos.	84
Tabla 19. Consolidación depreciación activos.	85

Tabla 20.	Insumos.	86
Tabla 21.	Mano de obra directa.	87
Tabla 22.	Gastos administrativos.	92
Tabla 23.	Costos de venta.	92
Tabla 24.	Costo de mano de obra directa por prestación de servicios.	93
Tabla 25.	Farmacia.	94
Tabla 26.	Presupuesto de ingresos proyección anual.	95
Tabla 27.	Inversión inicial.	96
Tabla 28.	Flujo de caja.	97

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1. Siglas.	108
Anexo 2. Curso de bioseguridad y manejo de residuos hospitalarios.	110
Anexo 3. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.	111

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo enmarca el análisis de los factores internos y externos que afectan el desempeño del centro de salud de Paratebueno y las posibilidades de proyectarse como un hospital de primer y segundo nivel. El estudio pretende realizar un análisis de la capacidad instalada del centro de salud frente a la demanda de los servicios, teniendo en cuenta que su proyección relaciona: estudio de mercado, ofrecimiento de servicios y estimar la viabilidad financiera, al igual que el retorno de la inversión del proyecto.

Dentro del marco referencial se tiene en cuenta las variables, conceptos y teorías relacionadas con la temática de estudio; incluye la conceptualización de variables y términos, marco legal y geográfico. Así mismo, el diseño metodológico teniendo en cuenta el tipo de investigación descriptivo.

La estructura o contenido del trabajo se ajusta a los requerimientos, acorde con la Resolución 007 de 2014 emanada por la Universidad de los Llanos y la presentación en Normas APA.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes del problema

Es importante resaltar que en la actualidad el municipio de Paratebueno – Cundinamarca, posee un centro de salud que establece la oferta y demanda del servicio dentro de su cobertura geográfica y atendiendo a las necesidades requeridas por la comunidad con base en los recursos materiales, infraestructura y humanos con que cuenta.

La problemática evidenciada permite establecer los siguientes aspectos:

- a) No existe base de datos para sistematizar los nacidos vivos. Su proceso se lleva a cabo en el municipio de Medina o en su defecto en Villavicencio – Meta.
- b) Por no tener atención de primer y segundo nivel, se genera incremento en la tasa de mortalidad debido a la carencia de talento humano y recursos tecnológicos.
- c) La carencia de un hospital que brinde mayores y mejores condiciones de calidad de vida, conlleva a que los usuarios se desplacen a lugares donde existan y ofrezcan condiciones requeridas según la patología existente.
- d) La afectación debido a la centralización administrativa, originando casos administrativo y económico que redundan en el usuario.
- e) La comunidad se abstiene del cuidado de la salud; si se tiene en cuenta que los usuarios por no contar con los servicios de prevención, promoción conlleva a aplazar su estado o cuidado de la salud.

- f) Carencia del talento humano especializado, y de una infraestructura que permita brindar y satisfacer las necesidades requeridas por la comunidad en general.
- g) Dificultad en el proceso de convergencia del centro de salud a hospital ya que ello requiere factores de orden administrativos, políticos, toma de decisiones, normatividad y por ende reestructuración física, adquisición de materiales y recursos económicos financieros.

1.2 Descripción del problema

Debido a que la prestación del servicio se enfoca principalmente a ofrecer los programas de promoción y prevención, los pobladores del municipio de Paratebueno, ponen en riesgo su salud como resultado de la ausencia de servicios médicos generales y especializados.

De acuerdo con el Informe de Visita de Verificación de las Condiciones de Habilitación, realizado posterior a la Visita del 23 de Abril de 2013 al Centro de Salud de Paratebueno, se evidencia que se encuentran prestando los servicios de urgencias, toma de muestras de citología cervicouterina, enfermería y esterilización sin encontrarse inscritos en el REPSS. Se encuentra inscrito el servicio de transporte asistencial básico sin que se esté prestando.

Los servicios de odontología general, vacunación, atención preventiva salud oral higiene oral y prevención en salud no se están prestando en la modalidad extramural móvil, se están ofertando mensualmente mediante programación concertada con la alcaldía municipal a través de brigadas.

El Centro de Salud Paratebueno, no cumple con las condiciones básicas de: Recurso Humano: Infraestructura - Instalaciones Físicas - Mantenimiento; Dotación y su Mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos Médicos y Su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos, que son consideradas transversales y cuyo incumplimiento afecta a todos los servicios prestados.

El Centro de Salud Paratebueno, incumple criterios definidos como específicos por las normas de habilitación, para los servicios de: medicina general; odontología general; consulta prioritaria; toma de muestras de laboratorio Clínico; servicio farmacéutico; sala general de procedimientos menores; vacunación; atención preventiva salud oral higiene oral; planificación familiar; promoción en salud y prevención en salud.

Teniendo en cuenta que el Centro de Salud Paratebueno, se considera por mapa de habilitación prestador único público hospitalario, en el municipio y debido a las condiciones de dispersión poblacional del municipio de Paratebueno, no se suspende la prestación de los servicios mencionados previamente con el fin de proteger las necesidades básicas de la población y el derecho a la salud.

Es importante resaltar que en la actualidad el municipio de Paratebueno – Cundinamarca, posee un centro de salud que establece la oferta y demanda del servicio dentro de su cobertura geográfica y atendiendo a las necesidades requeridas por la comunidad con base en los recursos materiales, infraestructura y humanos con que cuenta.

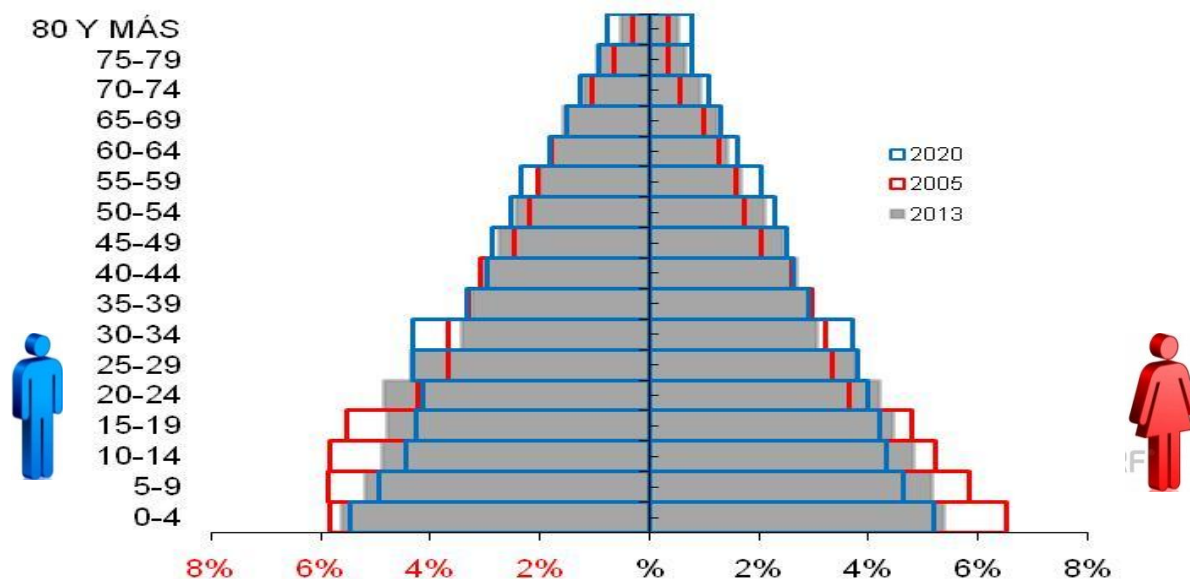
La problemática evidenciada permite establecer los siguientes aspectos: No existe base de datos para sistematizar los nacidos vivos. Su proceso se lleva a cabo en el municipio de Medina o en su defecto en Villavicencio – Meta; por no tener atención de primer y segundo nivel, se genera incremento en la tasa de mortalidad debido a la carencia de talento humano y recursos tecnológicos; la carencia de un hospital que brinde mayores y mejores condiciones de calidad de vida, conlleva a que los usuarios se desplacen a lugares donde existan y ofrezcan condiciones requeridas según la patología existente; la comunidad se abstiene del cuidado de la salud; carencia del talento humano especializado, y de una infraestructura que permita brindar y satisfacer las necesidades requeridas por la comunidad en general; y dificultad en el proceso de convergencia del centro de salud a hospital ya que ello requiere factores de orden administrativos, políticos, toma de decisiones, normatividad y por ende reestructuración física, adquisición de materiales y recursos económicos financieros.

Teniendo en cuenta el análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud; elaborado por la Secretaría de Salud, Educación y Desarrollo Social (2013-2014), se considera relevante mostrar los siguientes indicadores de manera generalizada: el municipio de Paratebueno, cuenta con 7.669 habitantes de los cuales (4.037) son hombres, equivalentes al 52.64% de la población total y (3.632) son mujeres, que corresponden al 47.36% a junio (2014). La población urbana es de (2.329) y la rural es de (5.340) habitantes, según proyecciones DANE (2014). El número de hogares que posee actualmente es de 2.237 hogares que oscilan entre 3 a 5 personas por hogar que equivale aproximadamente a 3 hogares por vivienda.

En cuanto la estructura poblacional, es una pirámide tipo represiva y muestra la disminución en la natalidad y fecundidad comparado el año 2014 con el 2005; la población de los

60 a 80 y más años disminuye, debido al proceso natural de envejecimiento y a la transición demográfica en la que se encuentra el municipio. (Ver figura 1. Tabla 1, Pirámide poblacional del municipio de Paratebueno, años (2005, 2013 y 2020).

Figura 1. Pirámide poblacional del municipio de Paratebueno, años 2005, 2013, 2020.



Fuente: Proyecciones poblacionales DANE años 2005, 2013, 2020.

Tabla 1. Otros indicadores de estructura demográfica en el municipio de Paratebueno, año 2005, 2013, 2020.

Indicadores	2005	2013	2020
Razón de hombre: mujer	112,92	111,15	109
Razón de niños: mujer	55	47	45
Índice de infancia	35	31	29
Índice de Juventud	25	26	25
Índice de vejez	6	8	8
Índice de envejecimiento	16	24	29
Índice demográfico de dependencia	69,04	63,00	59,94
Índice de dependencia infantil	59,31	50,61	49,04
Índice de dependencia de mayores	9,73	12,39	13,53
Índice de Friz	194,51	170,80	148,56

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE años 2005, 2013, 2020.

La tabla 1, permite mostrar indicadores de la estructura demográfica en el municipio de Paratebueno, año 2005, 2013 y 2020. Dichos indicadores hacen referencia a: género, edad, demografía, e índice de Friz.

No sobra indicar que el perfil del usuario, establece un sinnúmero de normas y requerimientos que conllevan a identificar el usuario actual en el servicio de salud. Así mismo se identifica porque es relevante tener presente el concepto de usuario.

1.3 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores tanto internos como externos que afectan el desempeño del Centro de Salud de Paratebueno y cuáles serían las posibilidades para convertirlo en un hospital de primer y segundo nivel?

2. JUSTIFICACIÓN

La investigación propuesta busca, mediante la aplicación de la teoría y los conceptos básicos de viabilidad, finanzas, determinación inversiones y costos a partir de las variables técnicas, proyecciones financieras, cálculo del monto total de recursos necesarios para la inversión, presupuesto de ingresos, presupuesto de costos operacionales, flujo del proyecto, financiamiento, estados financieros, balance general, estado de resultados; aspectos generales de la evaluación, incidencia en el entorno, efectos externos del proyecto como inversión y autosostenibilidad, entre otros. Encontrar explicaciones a situaciones internas y del entorno que puedan afectar la conversión del centro de salud del municipio de Paratebueno en hospital de primer y segundo nivel.

Los anteriores aspectos permitirán a las investigadoras verificar diferentes conceptos de acuerdo con el nivel de profundidad del estudio y determinando el monto de las inversiones que se ejecutan para la ejecución del proyecto, y cuantificar todos los ingresos y egresos que se obtendrán durante su periodo de vida útil, los cuales se muestran en un flujo de fondos. Al igual se define la forma como se están financiando las inversiones, la respectiva evaluación de los proyectos, permitiendo medir los pro y los contra de la inversión; basada en los flujos monetarios que recibe y desembolsa la organización.

Sin embargo, es importante indicar que la Administración Departamental (50%) y Ecopetrol (50%), invertirán en la infraestructura locativa y dotación del costo requerido para su funcionamiento. Secretaría de Salud, Educación y Desarrollo Social (2014).

El propósito del proyecto se orienta en satisfacer necesidades específicas de la organización y los usuarios, con base en la información contable y financiera a partir del balance inicial, estados financieros intermedios, estado de costos, de inventarios, financieros extraordinario, financieros preparados sobre una base comprensiva de contabilidad y finanza que logren verificar la existencia, integridad, derechos y obligaciones, valuación, presentación, revelación y en general el comportamiento del análisis financiero y de gestión.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Analizar los factores internos y externos que afectan el desempeño del Centro de Salud de Paratebueno, y las posibilidades de proyectarse como un Hospital de primer y segundo nivel.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Realizar un análisis de la capacidad instalada del Centro de Salud frente a la demanda potencial de los servicios.
- b) Realizar una proyección de la capacidad instalada del hospital.
- c) Definir el portafolio de servicios del Hospital frente a la demanda no satisfecha de servicios de salud niveles uno y dos.
- d) Estimar la viabilidad financiera y el retorno de la inversión del proyecto.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 Marco teórico

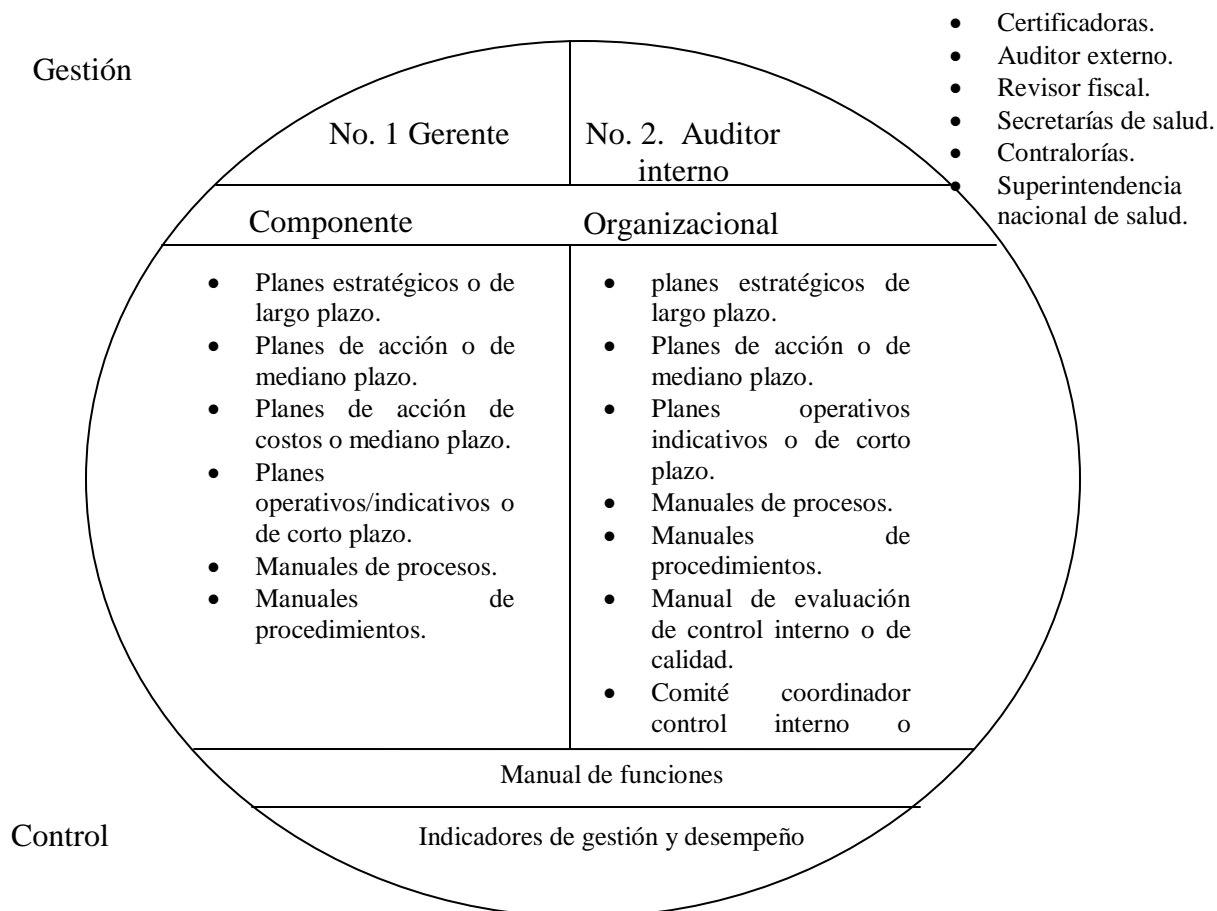
Para Vega (2006), establece que un estudio de viabilidad consiste en la recopilación, análisis y evaluación de diferentes tipos de información con el propósito de determinar si se debe establecer o no una empresa que conlleve riesgos económicos. También el estudio de viabilidad resulta útil para evaluar la posible ampliación o expansión de un negocio ya existente. En términos generales, los estudios de viabilidad buscan contestar la pregunta sobre si resulta deseable el establecer o ampliar una empresa a base del rendimiento económico que se obtendría de la misma. Casi siempre la realización del estudio es un esfuerzo de equipo con la participación de especialistas en mercadeo, finanzas, entre otros, pero que necesariamente debe incluir al empresario o proponente de la empresa. Las verdades que este esfuerzo toma tiempo y cuesta dinero, pero es imprescindible si se toma en cuenta que puede evitar a que se invierta mayor tiempo y esfuerzo en una iniciativa con pocas probabilidades de éxito. El estudio de viabilidad es el paso más crítico antes de convertir la idea del negocio en realidad e invertir una cantidad de dinero significativa.

Estándares de un Sistema de Garantía de Calidad en Salud: Isaza (2012).

Metodología. Una empresa organizada para hacer parte de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, debe tener estandarizado un nivel de primer orden de la responsabilidad del gerente y un nivel de segundo orden de la responsabilidad del auditor interno de calidad, estos niveles, derivan en un componente de gestión y un componente de control. La

implantación y desarrollo de los cuatro niveles que integran el sistema, es de la responsabilidad del gerente de la compañía, quien debe propugnar por su montaje y buen funcionamiento, de acuerdo con los estándares que registra la siguiente figura.

Figura 2. Estándares de un sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.



Fuente: Isaza. 2012.

Cómo funciona el sistema. El nivel 1 lo integran los procesos que componen cada área de la compañía, cada paso debe estandarizarlo el dueño del proceso con su equipo de trabajo, de acuerdo con la metodología establecida para tal fin. El nivel 1 es lo que audita el auditor interno para determinar el estado de implantación y desarrollo de los estándares.

El nivel dos en ejercicio de la Auditoría interna de Calidad, evalúa el cumplimiento de los controles (estándares) al nivel uno, para determinar si los estándares están debidamente implantados y si las actuaciones administrativas se realizaron conforme a lo determinado en el estándar, realizando las siguientes preguntas, están debidamente implantados y desarrollados (montados y se están utilizando) todos los estándares necesarios, en cada una de los procesos y áreas de la compañía.

El Sistema de Gestión de Calidad, en su integralidad (nivel 1 y nivel 2) es evaluado por el auditor externo de calidad, las empresas contratantes del servicio y/o para el sector público la Contraloría respectiva; la Secretaria de Salud respectiva evalúa el nivel 1 o Sistema Único de habilitación.

El sistema de habilitación debe incluir la implantación y desarrollo de estándares en el nivel 1, los cuales son auditados por el ente territorial (Secretaría de Salud); la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 101 de 2006, no exige para la sistema de habilitación el componente de auditoría o nivel 2.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, también puede ser evaluado por funcionarios de diferentes áreas, que auditan otras áreas fungiendo de auditores internos de calidad, de acuerdo con la programación realizada por el jefe de auditoría de calidad, quien debe tener precaución para no programar a los mismos funcionarios para que se auditen entre sí. Isaza (2012).

Niveles. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud debe tener cuatro niveles: nivel 1, nivel 2, el nivel de Gestión y el nivel de Control.

El nivel 1 está conformado por todas las áreas de la compañía, sin incluir el área de auditoría o nivel 2. El nivel 2 o área de auditoría, que audita al nivel 1 para determinar si están implantados y se están desarrollando los estándares y controles en cada uno de los procesos que conforman el nivel 1.

El nivel de gestión integrado por todos los planes de gestión de cada uno de los procesos de la compañía, se estandariza y evalúa cuantitativamente, ej. Se planea ofrecer 10 000 consultas médicas externas en el mes de enero y alcanzamos a ofrecer solo 8.000 consultas este mes, se tiene una eficacia del 80% en la oferta de consultas médicas para el mes de enero.

A continuación se mencionan algunas teorías y modelos del desarrollo humano a partir de cinco perspectivas (psicoanalítica – aprendizaje – cognitiva – contextual y evolutiva socio biológica). Papalia, Olds, Wendkos & Duskin (2009).

Se cita la perspectiva psicoanalítica de Sigmund Freud (1856 -1939) quien establece que el principio muestra que las conductas están controladas por poderosos impulsos inconscientes. Existen tres instancias de personalidad (ello, yo y el súper yo): Recién nacido: buscan inconscientemente la gratificación inmediata (ello).Primer año: encuentran una manera para la gratificación (yo).Cinco a seis años: Desarrolla la conciencia: debería y no debería (súper Yo).

La perspectiva psicoanalítica: Erick Erickson (1902-1994), la cual indica que el principio: la personalidad está influenciada por la sociedad y se desarrolla a partir de una serie de crisis. Sus etapas: confianza vs. desconfianza: nacimiento 18 meses. Virtud: esperanza. Autonomía vs. vergüenza y duda: 18 meses a 3 años. Virtud: voluntad. Iniciativa vs. culpa: 3 a 6 años. Virtud: propósito.

Perspectiva psicoanalítica: Erick Erickson (1902 – 1994): industria vs. inferioridad: 6 a 12 años. Virtud: habilidad. Identidad vs. confusión de identidad: 12 a adultez temprana. Virtud: fidelidad. Intimidad vs. aislamiento: adultez temprana. Virtud: amor. Generatividad vs. estancamiento: adultez media. Virtud: cuidado. Integridad vs. desesperación: adultez tardía. Virtud: sabiduría.

Perspectiva Aprendizaje del Conductismo: I. Pavlov (1849-1936) / J. Watson (1878-1958). Teoría Conductismo en Condicionamiento clásico: Principio: Las personas responden a una acción: el ambiente controla la conducta. I. Pavlov: La respuesta (salivación) a un estímulo (campana) se evoca después de asociarse en repetidas ocasiones. *J. Watson: Estímulo respuesta a niños* (Controlar y manipular los pensamientos).

Perspectiva Aprendizaje del Conductismo: B. F. Skinner (1904-1990). Teoría Conductismo en Condicionamiento Operante: Principio: Las personas responden a una acción: el ambiente controla la conducta. B.F Skinner: Un organismo repite una conducta que se ha reforzado positivamente y abstiene una respuesta que haya sido castigada. Modificación de conducta.

Perspectiva Cognitiva: Jean Piaget: (1896-1980). Teoría Aprendizaje Cognitiva: Principio: Entre la infancia y la adolescencia existen cambios cualitativos en el pensamiento. Etapas Sensoriomotora (nacimiento a 2 años) Por medio de los sentidos y motor fino/grueso interactúan por el ambiente.

Preoperacionales (2 a 7 años) Utilizan símbolos que representan personas, lugares y eventos. Esencial: Juego y el lenguaje.

Perspectiva Cognitiva. Jean Piaget: (1896-1980) Teoría Aprendizaje Cognitiva: Operaciones concretas (7 a 11 años) Pueden solucionar problemas concretos. Operaciones abstractas (11 años a la adultez). Piensa de forma abstracta. Resuelve problemas hipotéticos. Aprendizaje: Organización, Adaptación y Equilibrio

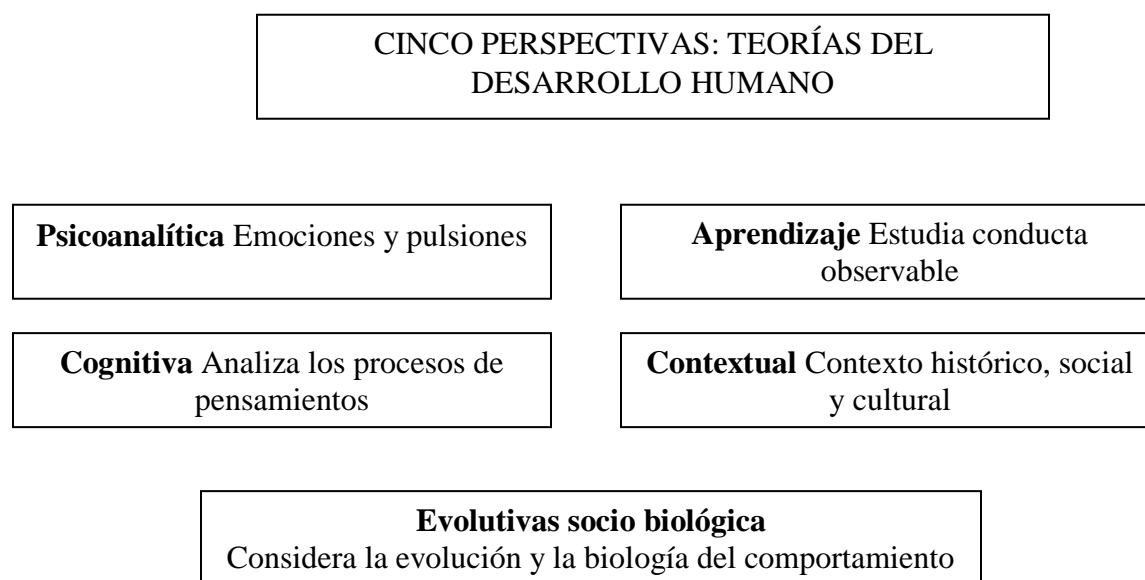
Perspectiva Cognitiva: Lev Vygotski: (1896-1934). Teoría sociocultural. Principios: La interacción social es esencial para el desarrollo cognitivo. Destaca la participación activa de los niños con su ambiente. Esencial: Lenguaje: Expresión de conocimiento e ideas. Aprender y pensar acerca del mundo. Zona de Desarrollo Próximo: Zona en que se está acercando a realizar una tarea por sí solo.

Perspectiva Contextual: Urie Brofenbrenner (1917-2005). Teoría bioecológica: Principios: El desarrollo sucede por medio de la interacción entre una persona en desarrollo y cinco sistemas contextuales. Sistemas: Microsistema Interacción dentro de un entorno: hogar, escuela, vecindario de forma cotidiana y personal. Mesosistema: Añade comunidad religiosa y grupos de pares.

Perspectiva Contextual: Urie Brofenbrenner (1917-2005). Teoría bioecológica. Sistemas: Exosistema: Amigos de los padres, Medios de comunicación, Sistema Educativo. Macrosistema: Valores, Costumbre y sistemas sociales. Cronosistema: Condiciones personales y sociales que cambian a lo largo de la vida.

Perspectiva Evolutiva/sociobiológica: E. O. Wilson (1975). Teoría del apego de Bowlby: Principios: El ser humano puede adaptarse para sobrevivir. Enfatiza: Períodos críticos y sensibles. Inteligencia: Evolucionan para resolver los problemas del presente.

Figura 3. Perspectivas: teorías del desarrollo humano.



Fuente: Papalia, Olds, wendkos & Duskin (2009).

Conceptos básicos y filosofía de los programas de desarrollo de personal. Duque (1974). ¿Qué es el desarrollo de personal? En términos generales, aquel proceso que conduce al hombre-trabajador mediante el conocimiento de sí mismo, a la plena actualización y optimización

de sus potencialidades latentes. Cada individuo tendría una serie de metas que persigue en forma inconsciente. Obtenerlas, representaría lograr su propio desarrollo.

Éste no estaría determinado desde fuera sino internamente, mediante el conocimiento que el individuo tenga de sus propias aptitudes, habilidades y destrezas y de las posibilidades de desarrollarlas en una organización determinada.

En este sentido la organización puede propiciar un "clima general" que ayude al individuo en lo posible a aislarse de las fuerzas sociales que lo condicionan y limitan en el propósito de establecer exactamente, el camino de actualización y el "costo" que deberá pagar el decidirse por una determinada orientación u opción. La oficina coordinadora de los programas de desarrollo de personal podrá remover algunos de los obstáculos que le impiden en la organización obtener lo que quiere; desde luego, siempre y cuando el proceso de desarrollo individual no vaya en contra de las metas y propósitos perseguidos por la organización.

Qué se entiende por desarrollo de la organización. Es importante hacer mención a la definición de organización dada por Schein (1999) como la "coordinación racional de las actividades de un cierto número de personas que intentan conseguir una finalidad y objetivo común explícitos, mediante la división de las funciones y del trabajo, a través de la jerarquización de la autoridad y la responsabilidad".

En este sentido, el desarrollo de una organización se hará con base en el conocimiento que se tenga de sus objetivos, de su personal, de sus sistemas de mercadeo, del medio en que se mueve y la actualización de sus propias potencialidades latentes para poder establecer y cumplir

los fines que ella persigue. Una organización, de la misma manera que el individuo, necesita clarificar sus objetivos y estar dispuesta a pagar el costo que implica la definición de ellos: mercado, calidad de sus productos y servicios, precios, sistemas de promoción de aquéllos, atención de postventa, etc. La integración de los vectores o de las fuerzas individuales en la concientización de las metas de la organización podría dar origen a la clarificación de los objetivos de aquélla.

Integración necesaria entre los procesos de desarrollo individual y de desarrollo organizacional. Así expuestos los conceptos iniciales del desarrollo individual y organizacional resulta algo abstracto, vago y casi intangible, fijados en última instancia por la máxima autoridad de quien la regenta. Ellos se hacen demasiado lejanos e intangibles para la mayoría de los miembros de la organización, y en general no tienen un sentido real para quienes trabajan en los diversos niveles jerárquicos. Crozier (1969).

Sin embargo a nivel de una subgerencia, de la jefatura de un departamento o de una sección, etc., se va concretizando una serie de tareas y de objetivos mucho más reales y tangibles que en su conjunto conforman los subprogramas y acciones enmarcados dentro del objetivo general determinado por la jerarquía y cabeza de la organización.

El proceso de integración entre el hombre y su empresa conduce a que éste realice plenamente sus expectativas laborales en el puesto mismo de trabajo que desempeña. Esto implica satisfacción con el trabajo en sí y con todo lo que él representa: su remuneración, el ambiente, el buen trato, las posibilidades de participar, de ascender, de crear, etc.

Drucker (1970) define la organización como "El organismo económico de la sociedad" y como tal ésta sería tan sólo una institución, entre otras muchas (sociedad, familia, escuela, Iglesia, etc.,) que ayudan al hombre a desarrollarse plenamente como individuo; la empresa no puede pretender entonces asumir por y para sí sola las funciones de autorrealización global o integral de la persona humana, pues ésta tan sólo trabaja en ella una parte, quizá la más importante de su vida; en este caso, la empresa es tan sólo una de las instituciones que puede ayudar a desarrollar las potencialidades del individuo, máxime en estas nuevas épocas de gran competencia que exigen una estricta racionalización de sus inversiones.

La oficina y los programas de desarrollo de personal deberán, en consecuencia, resignarse en muchos casos a la imposibilidad de lograr la total integración entre hombres y organizaciones, pues muchos de los trabajadores no encontrarán satisfacción en su tarea y no les quedará más alternativa que considerar su permanencia dentro de la organización, como el precio que deben pagar por satisfacer las necesidades de su propia subsistencia, en especial aquellos trabajadores situados en los primeros niveles de la pirámide organizacional, quienes sólo logran satisfacer sus necesidades primarias básicas: subalimentación, arriendo de vivienda, transporte, vestuario, etc.; para los programas de desarrollo de personal constituye un reto permanente la dificultad de no poder hacer perfectamente congruentes las necesidades de desarrollo del hombre con las necesidades que le brinda la ocupación donde trabajad) en una organización determinada. Merlano (1974).

En muchos de los cargos operativos o de producción, si bien los programas de desarrollo deben encaminarse a complementar conocimientos y desarrollar habilidades psicofísicas, es necesario considerar alternativas para humanizar el trabajo, a través de programas como rotación

en los puestos de la cadena de producción, integración de equipos para diseñar en grupo, trabajos más ricos y globalizantes y brindar incentivos de diversa índole a las ideas creativas que generen los propios trabajadores, lo cual ha dado valiosos resultados en empresas que se han preocupado recientemente en hacer los puestos de trabajo más humanos.

Para algunos puestos será posible, a través de programas de desarrollo, lograr una adecuada convergencia entre el desarrollo de la empresa y el de quienes los desempeñan. Para otros, resultará verdaderamente difícil obtenerla, máxime cuando los procesos de producción o la rutina burocrática los hace monótonos, repetitivos y no se cuentan con mayores posibilidades de participación en el diseño de su operatividad.

Qué tipo de desarrollo puede propiciar entonces la organización. Las consideraciones anteriores moverían, por lo menos en teoría, a colegir que la organización podría propiciar cualquier tipo de desarrollo, independiente de la utilidad del mismo para la empresa. Se presentan a juicio, sin embargo, dos argumentos fundamentales que limitan esta concepción algo idealista que suele tenerse a propósito del desarrollo de personal en las organizaciones.

a) El problema de los costos: ya que los recursos de todas las organizaciones son limitados y escasos, y que éstas se encuentran dentro de una economía de mercado, todo plan de desarrollo de personal debe ser valorizarlo y enmarcarlo dentro de rigurosas prioridades que estén acordes con el desarrollo de la organización.

b) No crear falsas expectativas: el desarrollo de personal debe evitar crear falsas expectativas que en un momento pueden convertirse más en factores de desorientación y desmotivación para el trabajador que en verdaderos incentivos en su diaria labor.

Algunos programas de becas, por ejemplo, que tratan de estimular el estudio en sí mismo sin tener en cuenta la posibilidad de su aplicación en la organización, generan serios problemas de trabajo de quienes luego de un esfuerzo, ven inaplicable lo adquirido a través de ellos en su departamento, división o sección.

La experiencia demuestra que quienes se esfuerzan por cumplir con los programas de desarrollo de personal tienen la esperanza de lograr poner en práctica los conocimientos adquiridos, y además generalmente responsabilizan a la organización por no facilitar el ascenso o la reubicación en puestos de trabajo para los cuales ellos se han preparado, lo cual no siempre es posible. Por otra parte, existe una tendencia generalizada en las oficinas o departamentos de desarrollo de personal a reportar su acción en términos cuantitativos (hora-hombre instrucción) sin que exista una permanente evaluación sobre si ese desarrollo es o no el requerido para el cumplimiento del plan de desarrollo de la organización.

Una capacitación indiscriminada ayuda más a desubicar al empleado, a que abandone la organización o a que se resigne a quedarse en el puesto de trabajo con un amargo sentimiento de frustración.

Se puede resumir estas consideraciones afirmando que:

- a. La actividad de desarrollo de personal sería más bien propiciar el desarrollo de la organización a través de procesos de formación que impliquen la participación y el compromiso de quienes forman parte de la misma.
- b. La oficina de desarrollo de personal, antes que ser una simple dependencia encargada de coordinar, organizar y ejecutar una serie de acciones como cursos, conferencias, becas, pasantías, etc., podría más bien propender por un proceso de desarrollo organizacional en un esfuerzo armónico que sea congruente y convergente con el plan de desarrollo de la entidad y le permita adaptarse a las realidades cambiantes del medio y del mercado
- c. Más importante que la tendencia de las oficinas de desarrollo de personal a cuantificar la acciones en términos de horas-hombres-instrucción, número de cursos de entrenamiento, número de cursos que se han *realizado* en un período, número de participantes durante un año, etc., sería lograr evaluar los fenómenos intangibles de la organización como, por ejemplo, los de preparación para el cambio tecnológico, los aspectos del clima organizacional, los cambios de actitudes en los directivos con respecto al desarrollo de sus colaboradores, a la asesoría a los jefes en la fijación de objetivos de manera participativa y en general, a las políticas, procedimientos, normas y sistemas para lograr una mejor comunicación, en especial en dirección ascendente, participativa.
- d. Para el caso de las empresas en procesos de cambio como los requeridos por la globalización se requiere que los programas de desarrollo de personal formen parte del plan estratégico dentro

de rigurosas prioridades para atender reconversión de áreas, reinducción a la nueva organización, reprofesionalización de los trabajadores, su formación acelerada para adquirir un nuevo perfil profesional, asimilar nuevas tecnologías y ante todo cambiar sus valores y actitudes con respecto al trabajo con un sentido de alta calidad, requisito indispensable para "salir a competir" en los nuevos mercados.

Encuentros entre El Enfoque de los Sistemas Ecológicos y El Modelo de Desarrollo a Escala Humana. Uno de los principales encuentros que se logra hallar al estudiar cada uno de los planteamientos de los teóricos expuestos en este documento, se da entre el Enfoque de los sistemas ecológicos, propuesto por Bronfenbrenner, y el Modelo de Desarrollo a Escala Humana de Max-Neef. Uno de los puntos comunes de los postulados de estos autores, hace referencia a sus antecedentes, pues ambos se inspiran en un modelo contextual dialéctico, en que la interacción persona-ambiente es fundamental para explicarla dinámica de los procesos que proponen, con la diferencia de que el modelo de Bronfenbrenner tiene una fuerte incidencia de los modelos psicológicos del desarrollo, mientras que el modelo de Max-Neef es incidido por teorías neomarxistas del desarrollo económico donde lo fundamental es el desarrollo de los grupos de personas de una forma sustentable con su contexto social y ambiental (ambiente físico).

Otro de los puntos comunes se encuentra en algunos de los postulados de ambos. Conciben que la interacción persona ambiente es bidireccional, es decir no se plantea que solo uno de los elementos sea determinante para la constitución del otro. Por lo tanto el desarrollo no es algo que se dé netamente al nivel del sujeto individual. Es más según Bronfenbrenner esto sería metodológicamente improbable y según Max-Neefsi se quiere cambiar las condiciones de

vida de las personas no se puede mirar seres individuales. Existe una interacción entre el individuo y los espacios en que se mueve; político, cultural, social, valores y normas, conductual y actitudinal, y entre estos espacios, aunque esto está explícito en Bronfenbrenner, queda implícito en Max-Neef porque al hablar de grupos de personas se dan cualidades emergentes, relaciones entre los niveles del sistema que afectan al individuo pero no son dependientes de él.

En cuanto a sus objetivos se puede encontrar también cierto grado de similitud, pues mientras la teoría de Bronfenbrenner busca explicar los contextos en los que se desarrollan los sujetos: el modelo de Max-Neef busca transformar esos ambientes carenciales en los que se desarrollan los individuos.

Desencuentros entre El Enfoque de los Sistemas Ecológicos y El Modelo de Desarrollo a Escala Humana: La diferencia entre ambos puede consistir en que el modelo de Bronfenbrenner es un modelo teórico, que plantea unos postulados explicativos y una metodología. Mientras que el modelo de Max-Neef, busca del distanciamiento de los modelos económicos clásicos excesivamente teóricos, formula un modelo pragmático que busca tener muy en cuenta los espacios reales de los individuos”. Tomado de: <http://www.monografias.com/trabajos55/teorias-del-desarrollo/teorias-del-desarrollo2.shtml>

4.2 Marco conceptual

Para efectos del ejercicio de esta investigación se tomará en cuenta lo expuesto por el Ministerio Salud el cual dispone que el Primer Nivel de Atención en servicios salud, está compuesto por los siguientes grados. Primer Grado: Centros de Salud o Unidad Primaria de

Atención - UBA la cual se encarga de prestar los servicios básicos de salud. Estos servicios son: consulta externa (medicina general, odontología general, higiene oral, vacunación, programa de detección temprana y protección específica). Consulta prioritaria (consulta prioritaria, sala de procedimientos menores) apoyo diagnóstico (toma de muestras, farmacia) transporte (ambulancia básica).

De igual manera, se encuentran los Hospitales de Nivel I, que cuentan con sus servicios de consulta externa médica odontológica, atención de urgencias y hospitalización, para patologías de baja complejidad y atención al medio ambiente. Contraloría de Bogotá, (2003).

Cabe indicar que dentro del Plan de Gobierno de la administración actual se contempla brindar a los Paratebonenses un mejoramiento en la calidad de vida y un acceso oportuno, eficiente y de calidad a los servicios de salud. Es por eso que de la mano con el ente departamental, Paratebueno ha venido trabajando para contar con la ESE departamental ubicada en su territorio, que le permita satisfacer la demanda de servicios de salud que vive su comunidad.

La alta concentración de población en los servicios de salud, hace imprescindible garantizar una infraestructura amplia y acorde con la norma vigente, dotada con los equipos necesarios y suficientes, que permitan atender en el mismo municipio, los eventos cotidianos.

Actualmente para satisfacer las necesidades de salud de la población del municipio y su área de influencia, existe el centro de salud de Paratebueno que depende de la ESE de Medina, la oferta actual que se ofrece y las instalaciones donde se presta el servicio son insuficientes y hay

carencia de espacios para el total cumplimiento de los requisitos de habilitación y acreditación para la prestación de servicios de salud de acuerdo a lo estipulado por la normatividad vigente.

Por lo anterior se dan a conocer todos los aspectos de la situación actual mediante un diagnóstico y el estudio de oferta y demanda del municipio de Paratebueno y se propone un portafolio de servicios de acuerdo a las necesidades reales de la población objeto.

En este orden de ideas, se destaca que a nivel de diagnóstico, son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente y la comunidad. Acuerdo 008 de (1994) así mismo se debe tener presente que el plan de Atención Básica en salud, es un plan de carácter gratuito prestado directamente por el Estado o por particulares mediante contrato con el Estado que contiene acciones en Salud Pública tales como acciones de información y educación para la salud, algunas acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz sobre las personas en patologías y riesgos con altas externalidades o sobre las comunidades en el caso de enfermedades endémicas o epidémicas. Del P.A.B se deberán beneficiar desde el inicio del Sistema General de Seguridad Social en Salud todos los habitantes del territorio nacional. Decreto 1938 de (1994).

Con respecto a los prestadores de servicio de salud, se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica

profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud. Decreto 1011 de (2006).

La empresa de salud de hoy. ¿Han cambiado las instituciones de salud?

La gran cantidad de avances y cambios en el sector salud, exigen a la organización una capacidad de ajuste e innovación permanentes. Los desarrollos de nuevos conocimientos y tecnologías generan otras formas de pensar y actuar, por lo cual la acción gerencial debe estar atenta con el fin de ser más eficiente y eficaz en la prestación de los servicios. Mejía (2007).

Los retos de la *gerencia en salud* son muy diversos, tanto externos en el orden económico, político y sociales, como internos o propios de las instituciones.

Factores externos:

- a) Las características epidemiológicas que han permitido la coexistencia de patologías degenerativas de largo y difícil manejo, con las patologías endémicas (digestivas y respiratorias).
- b) La existencia de una legislación en salud que ha aumentado la cobertura de población sujeto de los servicios.
- c) El mayor nivel de información del usuario y por lo tanto su actitud crítica frente a la calidad del servicio.
- d) La complejidad (creciente) del hospital actual, con la adquisición de mayor tecnología y nuevos especialistas en salud.

- e) La financiación de los servicios de salud por parte de nuevos entes, o creando un intermediario entre el paciente y la institución de salud.
- f) Mayor desarrollo administrativo que permita darle apoyo a lo asistencial y responde a las nuevas demandas de usuarios y entes de control,
- g) El subsidio a la demanda y no a la oferta, que obliga a las instituciones a ser más eficientes, reduciendo costos, sin detrimento de la calidad.
- h) Mayor control por parte de las entidades contratantes de servicios a través de las auditorías clínicas.
- i) Búsqueda permanente por parte del usuario de garantías de calidad en el servicio.

Todos estos factores han generado una mayor complejidad en el hospital de hoy, obligando a que los procesos administrativos sean revisados y actualizados con el fin de poder responder con eficiencia a las nuevas demandas. Entre las características internas que debe tener una institución de salud hoy, para poder sobrevivir con el entorno anteriormente anotado, tenemos:

Factores internos:

- a) El hospital debe tener claramente definidas la misión, los valores, los objetivos y estrategias.
- b) La alta dirección debe considerar que lo más importante para la institución es el cliente (interno y externo), dando pruebas de esto.
- c) La alta dirección y los mandos medios son permeables al cambio.
- d) Existe motivación del personal, capacitación permanente y participación en el cambio.
- e) La organización está dada hacia la calidad de la atención y el servicio.

- f) Desarrolla continuamente procesos de modernización, mejoramiento de la calidad y atención al cliente.
- g) Conoce sus debilidades y tiene propuestas para superarlas.
- h) Utiliza indicadores de gestión con el fin de medir la calidad.
- i) La prestación de servicios, la renovación, tecnológica y los recursos humanos permiten un equilibrio con la situación financiera, buscando la eficiencia y la eficacia.
- j) Se estimula el talento humano, creando un sentido de pertenencia participación y compromiso, generando mayor desarrollo personal y grupal, al reconocer adecuadamente los desempeños.

Son múltiples los cambios que se han efectuado en la institución de salud de hoy, generando una serie de contrastes de índole administrativa. Mejía (2007).

Tabla 2. Contraste de las instituciones de salud.

<i>Institución de ayer</i>	<i>Institución de hoy</i>
• El empleado es el problema	• El proceso es el problema
• Empleado	• Persona
• Hacer mi trabajo	• Ayudar a que se hagan las cosas
• Evaluar al individuo	• Evaluar el proceso
• Controlar los empleados	• Desarrollar las personas
• ¿Quién falló?	• ¿Qué permitió que el error se cometiera?
• Se desarrollan funciones	• Se administran procesos
• Gerentes	• Líderes
• Orientación a las tareas	• Orientación al cliente y los procesos
• Desempeño individual	• Desempeño en grupo
• Enfoque funcional (finanzas, compras)	• Enfoque sobre procesos.

Fuente: Mejía. 2007.

Se puede concluir que las instituciones de salud se están reestructurando para que las personas se vuelvan más activas, se comprometan, tengan iniciativa y criterio, asuman responsabilidades, se autoevalúen y auto dirijan, desarrollando una mayor autoestima. Están cambiando para mejorar la calidad de sus productos y actividades, para brindar satisfacciones a las expectativas de los clientes; aumentar su calidad competitiva; producir más y mejores servicios, cumpliendo a cabalidad con su objetivo social.

El cliente del hospital de hoy. Características del paciente actual. Mejía (2007).

Toda institución de salud debe hacer una reflexión acerca de las características de los pacientes con el fin de concertar su atención en diseños y administración de procesos excelentes.

¿Conoce usted realmente sus clientes? ¿Sabe lo que ellos necesitan y esperan? ¿Se sienten contentos sus clientes con los servicios?

Estamos en la obligación de conocer el perfil de nuestros clientes, sus características y la forma de buscar su satisfacción. Veamos algunos aspectos que nos permiten identificar al usuario de los servicios de salud de hoy.

Perfil del usuario:

- a) Es más consciente de sus derechos, teniendo en cuenta que la Ley 100 de 1993, y el Decreto 2174 de 1996, entre otros, les han reforzado sus derechos.
- b) Está mejor informado. Ha aprendido a comparar y exigir calidad.

- c) Evalúa su contacto con toda la institución y no sólo el servicio que recibe. Tiene una visión más integral.
- d) Observa las reacciones de los empleados, su presentación personal.
- e) Está dispuesto a cambiar de institución si la atención es de baja calidad.
- f) No está dispuesto a pasar por alto los errores del personal.
- g) Está dispuesto a pagar más, con tal de obtener un mejor servicio.
- h) Espera que la interacción con la empresa sea un placer y no un tormento.
- i) Valora la acogida, la amabilidad, la puntualidad, el confort de los sitios de atención.
- j) Cualquier problema lo magnifica y lo hace conocer de un gran número de personas. En cambio la buena atención, muchas veces no la cuenta pues lo considera algo normal.
- k) No le importa que exista mucho trabajo, sólo quiere solución a sus problemas.
- l) No le interesa las dificultades de la institución, sólo desea satisfacer sus necesidades.
- m) La lealtad del cliente hoy es más frágil y circunstancial.
- n) Solicita los servicios que requiere, no los que la institución le puede ofrecer.
- o) Se siente apoyado por las empresas promotoras de salud y las entidades de control del Estado.
- p) Demanda más porque sabe que puede obtener más.
- q) Exige productos y servicios excelentes.

¿Quién es nuestro cliente?

- a) Es la persona más importante en cualquier hospital.
- b) No depende de nosotros, nosotros dependemos de él.
- c) Es el objetivo de nuestro trabajo.
- d) Nos hace un favor cuando viene, no le hacemos un favor al atenderlo.

- e) Es parte de nuestro oficio, no es un extraño.
- f) Es una persona con sentimientos y merece un trato respetuoso.
- g) El paciente es el alma de todos los hospitales.
- h) Sin él tendremos que cerrar la institución.

La satisfacción del usuario es el resultado de la integración armónica de una serie de procesos que permitan generar un servicio.

La importancia del servicio al cliente. Uno de los grandes retos de las instituciones de hoy es el poder generar ventajas de la calidad de prestación del servicio, para así poder competir en un entorno cada vez más complejo.

Definición. La gerencia del servicio es definida por Albrecht, "como un enfoque total de la organización que hace de la calidad del servicio, cuando lo recibe el cliente, la fuerza motora número uno para la operación de un negocio".

Características del servicio. La alta gerencia debe generar procesos que produzcan servicios con excelencia, teniendo en cuenta algunas características, como:

- a) El servicio es un intangible
- b) El servicio no se puede preparar previamente.
- c) El Servicio no se almacena
- d) El servicio es producido en el momento de prestarlo
- e) El servicio requiere de la integración humana.

- f) El servicio debe garantizarse antes de prestarlo
- g) La satisfacción del cliente es parte vital del servicio.
- h) Es una experiencia única y personal
- i) Mientras menos contactos tenga el cliente, mayor satisfacción logrará.

Los pecados del servicio. De acuerdo con Albrecht, las quejas y pecados de los clientes se celebran en los siguientes aspectos, que él denomina los pecados del servicio:

<i>Apatía</i>	Consiste en no importarle la opinión del cliente.
<i>Desaire</i>	Es desconocer al cliente, deshacerse de él, no considerar sus necesidades.
<i>Frialdad</i>	Manejo distante, frío, hostil.
<i>Superioridad</i>	Ver al cliente como algo insignificante-
<i>Robotismo</i>	Actuar mecánicamente, ajustado a las rutina de trabajo.
<i>Reglamento</i>	Actuar con base en normas y reglamentos estrechos, sin considerar la insatisfacción del cliente.
<i>Evasivas</i>	Considerar que no es asunto del funcionario la atención de la solicitud; brindar evasivas.

El Kaizen (Kai= cambio y Zen = bueno), significa mejoramiento. Para Wellington, el Kaizen "se usa para describir un proceso gerencial y una cultura empresarial que ha llegado a significar mejoramiento continuo y gradual, implementado mediante la participación activa y compromiso de todos los empleados de una compañía. Busca elevar la calidad de productos, servicio, relaciones, conducta personal, y desarrollo de empleados, reduciendo costos, manufactura, inventarios y en último término, generando más clientes satisfechos.

El Kaizen es una forma de pensar y comportarse.

Los principios Kaizen. Estos son los principios básicos del Kaizen: Mejía (2007).

Concentrarse en el cliente. La base del Kaizen es un enfoque a largo plazo en las necesidades de los clientes. Es esencial que todas las actividades conduzcan inexorablemente a una mayor satisfacción del cliente.

Realizar mejoras continuamente. El proceso de mejoramiento es continuo. Cada avance será incorporado al proceso de diseño o manufactura.

Reconocer abiertamente los problemas. Una cultura de apoyo, constructivo, no de confrontación hace posible que un equipo de trabajo ventile sus problemas, sin ocultarlos, dando la opción para aceptar propuestas innovadoras.

Promover la apertura. Es la imposición de un mínimo de divisiones o barreras funcionales que impiden la comunicación entre los funcionarios de diversos niveles de la organización.

Crear equipos de trabajo. Las compañías Kaizen tienen equipos de trabajo dirigidas por un líder. Se refuerza la vida corporativa y la responsabilidad mutua.

Proyectos interfuncionales. Ningún individuo que realice una función poseerá las habilidades, ni el conocimiento de los múltiples procesos de una empresa. De allí que se realicen proyectos con representantes de los diferentes departamentos en el diseño de un producto.

Nutrir relaciones de apoyo. Si los procesos son sólidos y se diseñan las relaciones de manera que se promueva la realización de los empleados.

Desarrollar la autodisciplina. El respeto por uno mismo y por la compañía indican fuerza interna, integralidad. Capacidad para trabajar en armonía con colegas y clientes.

Informar a todos los empleados. Todo el personal debe estar informado de la misión, culturas, valores, planes y metas de la compañía.

Desarrollo de los empleados. Desarrollar a los empleados es brindarles la oportunidad y las habilidades para que apliquen la información suministrada. El entrenamiento, responsabilidad en la toma de decisiones, acceso a fuentes de datos, retroalimentación y recompensa en sus propios asuntos y la empresa. Esta práctica se ha denominado empowerment.

Por último se podría sintetizar que el Kaizen busca sólo un objetivo fundamental: la satisfacción del cliente mediante el suministro de productos de calidad.

A nivel de antecedentes, se tiene el libro denominado Garantía de la calidad en salud, cómo organizar una empresa del sector salud, Isaza (2012). Lo cual establece en su contenido generalidades relacionadas entre otros aspectos con los estándares de un sistema de garantía de

calidad en salud, sistema único de habilitación; auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención; sistema único de acreditación (sistema de gestión de la calidad), sistema de información para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud; organización de un sistema de garantía de calidad en salud; normas de control interno y calidad que deben cumplir las entidades del sector salud para organizar el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.

Para Mejía (2007) “el cliente del hospital de hoy, características del paciente actual”. Toda institución de salud debe hacer una reflexión acerca de las características de los pacientes con el fin de concertar su atención en diseños y administración de procesos excelentes.

4.3 Marco legal

Normas de control interno y calidad que deben cumplir las entidades del sector salud para organizar el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.

Constitución Política de Colombia, 1991. El artículo 269, establece que las instituciones públicas están obligadas a poner en práctica normas, métodos y procedimientos de control interno.

Ley 80 de 1993. Establece los lineamientos a seguir en los diversos contratos entre el Estado y los particulares. Se destacan los principios de celeridad, eficacia, economía de tiempo y recursos financieros, así como de documentos.

Ley 100 de 1993. Es la Ley marco del actual *Sistema de Seguridad Social*. Establece los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación comunitaria.

En el artículo 153, se determina: "El sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Así mismo establece las funciones del gobierno nacional y sus entes, en lo que concierne a promover, desarrollar y reglamentar la auditoría de los servicios de salud, la auditoría de gestión y el control interno en las instituciones de salud.

Decreto 2649 y 2650 de 1993, Por el cual se reglamenta la contabilidad en general y se expiden los principios o normas de contabilidad generalmente aceptados para la empresa privada en Colombia.

Ley 87 de 1993. Establece que "El control es el sistema integrado por el esquema de organización, el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes".

El ejercicio del control interno debe consultar los principios de: igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales, La misma Ley en su artículo 2o. plantea que el control interno se orientará a:

Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características.

El artículo 4o, establece una serie de elementos normativos en los que se destacan la simplificación y actualización de normas y procedimientos.

El artículo 12o. correspondiente a las funciones del *jefe de control interno*, enfatiza la necesidad de verificar "que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización se cumplan por los responsables de su ejecución." Así mismo establece, " verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y sistemas de información de la entidad".

Ley 617 de 2000. De ajuste fiscal que obligará a las instituciones estatales a ser autosostenibles.

Ley 715 de 2001. Sistema General de Participación de Salud, aparece la necesidad de modificar las instituciones de salud existentes con el fin de educarlos a la normatividad especial para el sector en concordancia a las políticas de austeridad del gasto público y las nuevas políticas de gerencia en salud. Con el propósito de que el Sistema de Salud público sea autosostenible, fortaleciendo la función social.

Ley 872 de 2003. Sistema de gestión de la calidad, por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

Ley 1122 septiembre 1 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto 2174 de 1996. Esta norma define las principales características de la calidad de la atención en Salud: accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica. Igualmente las características adicionales de idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia, eficiencia, integridad, continuidad, atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida. Señala los cinco componentes que un sistema de garantía de calidad debe tener:

- a) Cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud.
- b) Diseño y ejecución de un plan de mejoramiento de la calidad.
- c) Desarrollo de un sistema de información que incluya componentes de oferta de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de salud de los usuarios atendidos.
- d) Procesos de auditoría médica.
- e) Desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que le presenten.

Decreto 2753 de 1997. Mediante el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el sistema general de seguridad social. Este decreto esta-

blece definiciones, complejidad de los servicios, diseño, calidad, clasificación según tamaño y complejidad y recurso humano.

Decreto 1826 de 2004. Conformación del comité coordinador de control interno.

Decreto 1599, MECÍ 1000/2005. Modelo Estándar de Control Interno.

Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del SGSSS.

Decreto 723 Marzo 14 de 1997. Por el cual se dictan disposiciones que regulan Algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales las entidades Promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.

Guía para la formulación e implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud - PAMEC- (Guía elaborada y publicada en la página web de la Secretaría de Salud de Bogotá).

Resolución 4444 de 1994. Por la cual se reglamenta la contabilidad en general y se expiden los principios o normas de contabilidad generalmente aceptados para el sector público (PUC) en Colombia.

Resolución 4252 de 1997. Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, se fija el procedimiento del registro de la declaración de requisitos esenciales y se dictan otras disposiciones.

En el artículo 7o. establece que las I.P.S. cumplan los siguientes requisitos:

A. Requisitos administrativos

- a) Declaración de requisitos esenciales para la prestación de servicios.
- b) Estructura orgánica y funcional
- c) Autonomía administrativa
- d) Manual de procesos
- e) Normas de procedimientos
- f) Manual de funciones
- g) Reglamento interno de trabajo
- h) Revisor fiscal.

B. Requisitos Técnico-científicos

- a) Manejo de historias clínicas
- b) Sistema de garantía de calidad que incluya un plan de mejoramiento de la calidad.
- c) Programa de salud ocupacional
- d) Plan de urgencias, emergencias y desastres.

C. Requisitos de información

- a) Registro de actividades diarias y consolidados mensuales
- b) Sistema de vigilancia epidemiológica. Notificación obligatoria.
- c) Reporte a la dirección territorial de salud, a las EPS y Superintendencia Nacional de Salud de la información que requieran.
- d) Sistema de información financiera que incluya: presupuesto, contabilidad de costos, facturación y cartera.

Así mismo determina que el incumplimiento parcial o total de los requisitos esenciales daría lugar a la imposición de las sanciones correspondientes.

Resolución 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para Habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP.

1000:2004/2005/2009. Principios de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. De manera adicional, puede aplicarse a todos los procesos la metodología conocida como "Planificar-Hacer-Verificar-Actuar" (PHVA).

Serie ISO 9000:2000. Como base para la elaboración de este documento se han empleado las Normas Internacionales de la Gestión de la Calidad. En esta medida, la implementación de la presente norma permite el cumplimiento de la norma internacional ISO 9001:2008, puesto que ajusta la terminología y los requisitos de ésta a la aplicación específica en las entidades. Sin embargo, la presente norma integra requisitos y conceptos adicionales a los del estándar ISO.

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

4.4 Marco geográfico

El desarrollo del presente estudio tendrá como ubicación espacial el área urbana del municipio de Paratebueno, así como el área rural que consta de 35 veredas; 5 inspecciones y 11 barrios. Plan de desarrollo Municipal (2012-2015). Sin embargo el área geográfica en la cual se realizará la investigación es en el departamento de Cundinamarca, municipio de Paratebueno, en el Centro de Salud municipal.

El municipio de Paratebueno limita por el: Norte los municipios de San Luis de Gaceno, Boyacá, Ubalá, Cundinamarca; Sabana Larga, Casanare. Al sur: con Cumaral - Meta. Al Oriente:

Cabuyaro, Meta. Al Occidente: Medina, Cundinamarca y encierra. Esta regado por los ríos Humea, Guacavía y río Amarillo, los cuales son de mayor importancia para llevar a cabo cada una de las actividades propias de la producción agropecuaria y medio ambiental. También se cuenta con otras fuentes hídricas como el río Cabuyarito, el caño la Naguaya, el caño Palomas, caño el Rayo, caño la Raya, entre otros.

Paratebueno Cundinamarca, está localizado al Oriente del Departamento de Cundinamarca, forma parte de la Provincia de Medina Cundinamarca, su extensión territorial es de 883 km² de los cuales, el 99.60 % es área mayoritariamente rural, con un grado de urbanización del 30,36%, consta de 5 inspecciones, 35 veredas y 11 barrios. Para el año 2013 tiene 7669 habitantes de los cuales, el 69,63% reside en el área rural.

Tabla 3. Capacidad instalada. Recursos físicos. Año 2014.

RECURSO FÍSICO	NÚMERO
CONSULTORIO MEDICO	2
CONSULTORIO ENFERMERÍA	1
CONSULTORIO DE ATENCIÓN	1
PRIORITARIA	1
SALA DE PROCEDIMIENTOS	1
MENORES	1
SALA DE ESPERA	1
CONSULTORIO TOMA DE	1
MUESTRAS Y CITOLOGÍA	1
CONSULTORIO DE VACUNACIÓN	1
ARCHIVO HC	1
CAJA Y FARMACIA	1
FACTURACIÓN	1

Fuente: Centro de Salud de Paratebueno. 2014.

Relacionado con Recurso Humano, la Capacidad Instalada en el Centro de Salud de Paratebueno, es la siguiente:

Tabla 4. Capacidad instalada. Recursos humanos. Año 2013

RECURSO HUMANO	NÚMERO
MEDICO SSO	3
MEDICO GENERAL (PLANTA)	1
ODONTÓLOGO	1
ENFERMERA (CONTRATO)	2
AUXILIARES DE ENFERMERÍA(PLANTA)	3
AUXILIARES DE ENFERMERÍA(CONTRATO)	5
REGENTE DE FARMACIA	1
PERSONAL ADMINISTRATIVO(CONTRATO)	2
AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	1
CONDUCTOR	2

Fuente: Centro de Salud de Paratebueno. 2014.

El centro de salud, es una edificación de un piso con una cubierta en teja tipo eternit. Esta construcción ha sido afectada por inundaciones en época de lluvias por encontrarse en un nivel más bajo que el nivel de la calle.

Su accesibilidad es buena a través de una vía pavimentada a media cuadra del parque principal del pueblo, y a media cuadra de la vía principal o carretera del llano.

La estructura se halla soportada por muros de carga confinados cada tres metros con columnas reforzadas con acero y rematados con vigas de amarre donde descansa una estructura de cerchas metálicas que soportan la cubierta compuesta por tejas de asbesto cemento tipo eternit.

Los muros se encuentran en buen estado en su verticalidad, no obstante la cercanía a la carretera principal no presenta agrietamientos, ni se evidencian fallas estructurales del edificio. Los pisos se encuentran en un grado de deterioro considerable pero más por las inundaciones continuas y por la edad del mismo que por problemas técnicos. La cubierta de teja de asbesto cemento presenta algunas averías como grietas y agujeros por donde se filtra el agua lluvia causando molestias y entorpecimiento en la prestación de los servicios médicos además humedad en algunos techos y muros.

Figura 4. Sala de espera / Consultorio de enfermería.



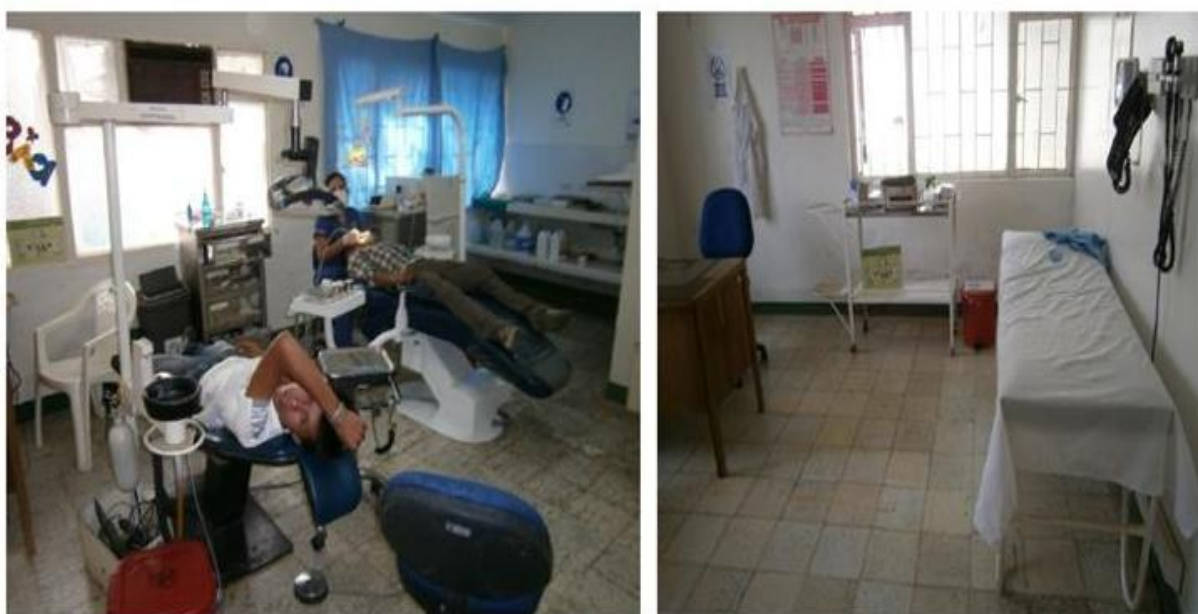
Fuente: Archivo C.E.R -UDEC

El centro de salud tiene habilitados los servicios en consulta externa de medicina general y odontología, P y P atendido por una enfermera jefe. También consulta prioritaria que funciona mas como urgencias las 24 horas del día por la ubicación a orillas de la carretera principal del llano.

Cuenta con una sala de espera adecuada y suficiente para el flujo de pacientes del lugar, los acabados arquitectónicos no cumplen con los requerimientos sobre todo los pisos que se encuentran en mal estado.

El servicio de consulta externa que se presta (medicina general, odontología y P y P) es eficiente y funciona en espacios adecuados con áreas suficientes y equipos en buen estado, aunque los pisos están en mal estado y no cumplen.

Figura 5. Odontología / Consultorio médico.



Fuente: Archivo C.E.R

Cuenta con dos unidades sanitarias en mal estado sobre todo el piso y que no cumplen por su área, acabados, acceso y además por las instalaciones hidráulicas que están a la vista y sin protección una de ellas carece de iluminación natural y en ambas sus puertas abren hacia adentro.

Figura 6. Baño para usuarios / baño funcionarios.



Fuente: Archivo C.E.R

Hay una humedad persistente en la parte baja de los muros debido a las inundaciones en época de lluvias y por el nivel del piso más bajo que el exterior. A pesar de la humedad tan notoria no se observan grietas importantes en los muros ni en los pisos. No hay estudio estructural ni de reforzamiento según la norma NSR – 10.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de investigación

Por las características de la temática abordada, se inscribe dentro del tipo de investigación descriptivo, Lerma (2009). Su objetivo es describir el estado, las características, factores y procedimientos presentes en fenómenos y hechos que ocurren en forma natural, sin explicar las relaciones que se identifiquen.

5.2 Población y muestra

La población: correspondió a la comunidad en general del municipio de Paratebuena.

La muestra: se realizó una encuesta a la comunidad en general, de igual manera se diseñó, elaboró y aplicó una entrevista al gerente del Centro de Salud del municipio de Paratebuena.

La formula estadística aplicada fue la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2}{e^2}$$

donde

n= tamaño de la muestra.

Z = es el valor en la tabla normal estandarizada correspondiente al nivel de confianza deseado.

σ = desviación estándar de la población de donde se va a tomar la muestra.

e = error absoluto.

$$n = \frac{7668 (1.96)^2 - (0.5) (0.5)}{7668 (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = 383$$

Para lograr el cumplimiento de los objetivos de estudio se acudió al empleo de técnicas de investigación mediante encuestas, entrevista, e información documental pertinente al objeto de estudio. Su resultado permitió encontrar alternativas de solución a la problemática evidenciada que inciden en los resultados de su aplicabilidad ya sea económica, financiera, social o política.

5.3 Fuentes de recolección de la información

5.3.1 Fuentes primarias.

Se diseñó, elaboró y aplicó una encuesta a la comunidad de Paratebueno, y una entrevista al gerente del Centro de Salud, con el propósito de conocer e identificar la capacidad instalada, los servicios que ofrece y estimar la viabilidad financiera para la convergencia a hospital.

5.3.2 Fuentes secundarias.

Se acudió a fuentes de información existentes tales como (libros, plan de desarrollo municipal del municipio de Paratebueno, ASIS, análisis situación de Salud del municipio, prensa, internet y normatividad legal vigente en materia de salud).

5.4 Análisis de la información

Obtenida la información se procedió al procesamiento de datos, utilizando para ello tablas, figuras y gráficas porcentuales, que permita conocer, ilustrar y visionar la problemática evidenciada y los objetivos propuestos.

6. DESARROLLO DEL TRABAJO

6.1 Características de la demanda

El Municipio de Paratebueno tiene 8.68 habitantes/Km²; Teniendo en cuenta el año 2005 como referencia el cambio de densidad poblacional es de 1 habitantes/km². Con un número de viviendas, para el año 2013 de 7.629 viviendas, con 2.237 hogares que oscila aproximadamente entre 3 a 5 personas por hogar, que equivale aprox. a 3 hogares por vivienda.

El municipio de Paratebueno tiene la mayor concentración de población en las primeras etapas del ciclo vital, así mismo se observa una disminución en la población de 60 a los 80 y más, esto debido a la transición demográfica en la que se encuentra el municipio.

El total de la población existente en la base de datos del SISBEN, el 75%, se encuentran afiliados al régimen subsidiado (80% Convida-s y el 20% cafam-s), el 19% al contributivo y solamente el 6% se encuentran como vinculados al sistema, sin ningún tipo de régimen al SGSS, cuyos eventos en salud, deben ser cubiertos por el Departamento y deberán ser prioridad, para incluirlos dentro de posibles ampliaciones en el sistema, o en liberaciones de cupos por razones de muerte, multifiliación, traslados de residencia entre otros.

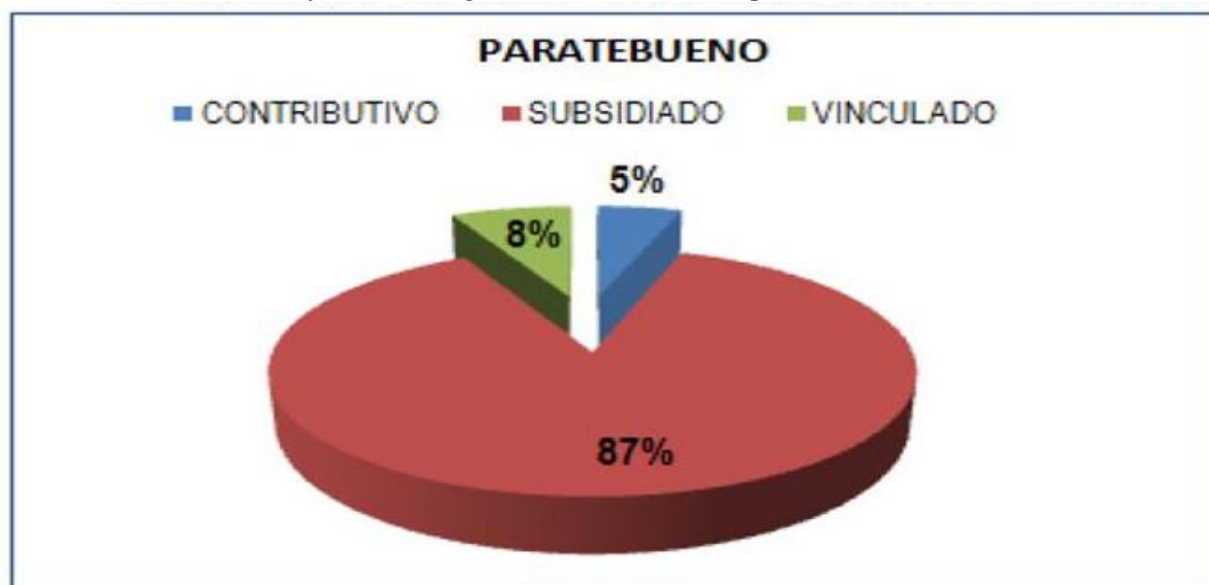
Tabla 5. Aseguramiento de población municipio de Paratebueno.

Regímenes en salud 2012 Paratebueno	Población
Contributivo	1.510
Subsidiado	5.786
Vinculados	698
Total	7.994

Fuente: Centro de Salud de Paratebueno. 2014.

Teniendo en cuenta la información relacionada por tipo de aseguramiento, se observa que la mayor parte de la población beneficiada con la oferta de servicios de salud de la ESE en el municipio de Paratebueno, es la población afiliada al régimen subsidiado con una participación del 87%, la población de vinculados a cargo de la secretaria de salud de Cundinamarca tienen una participación del 8% y el restante 5% hace referencia a la población de régimen contributivo.

Gráfica 1. Aseguramiento del municipio de Paratebueno.



Fuente: Centro de Salud de Paratebueno. 2014.

La Capacidad Instalada del Centro de Salud de Paratebueno dada por Recursos Físicos, en este momento es:

6.2 Análisis de la capacidad instalada del Centro de Salud frente a la demanda potencial de los servicios

FORMATO DE ENCUESTA
UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS
VILLAVICENCIO
2015

Encuesta No. _____

Objetivo: encuesta dirigida a la comunidad en general municipio de Paratebueno, con el propósito de conocer e identificar los factores, internos y externos del centro de salud y las posibilidades de proyectarse como un hospital de 1 y 2 nivel.

1. ¿Ha recurrido al centro de salud del municipio de Paratebueno en los últimos 2 años?

a. _____ Si.

b. _____ No.

2. ¿Los servicios que actualmente presta el centro de salud de Paratebueno cumple con sus expectativas?

- a. _____ Si.
- b. _____ No.
- c. _____ Algunas veces.

3. ¿Cuál es el servicio que más utiliza en el centro de salud de Paratebueno?

- a. _____ Urgencias.
- b. _____ Consulta externa.
- c. _____ Odontología.
- d. _____ Promoción y prevención.

4. Califique de 1 a 5 los siguientes servicios del centro de salud de Paratebueno, siendo 1 el menor y 5 el mayor.

	1	2	3	4	5
Urgencias					
Consulta externa					
Odontología					
Promoción y prevención					

5. De las siguientes razones, señale aquellos por las cuales califica como bueno el servicio recibido.

- a. _____ Atención amable.
- b. _____ Calidad de los profesionales.
- c. _____ Rapidez de la atención.
- d. _____ Medicamentos.
- e. _____ todas las anteriores.

6. El estado físico del centro de salud es:

- a. _____ Limpio y ordenado.
- b. _____ Limpio y desordenado.
- c. _____ Sucio y desordenado.

7. ¿Cree usted que el personal que atiende en el centro de salud es apto para atender la demanda existente?

- a. _____ Si.
- b. _____ No.

8. ¿Considera usted que el municipio de Paratebueno requiere de un hospital de 1 y 2 nivel?

- a. _____ Si.
- b. _____ No.

9. ¿En caso de una urgencia de salud a qué lugar recurriría para ser atendido?

- a. _____ Centro de salud Paratebueno.
- b. _____ Hospital Medina Cundinamarca.
- c. _____ Hospital Villavicencio.
- d. _____ Hospital Bogotá.

“GRACIAS POR SU COLABORACIÓN”

6.2.1 Análisis y resultados de las encuestas.

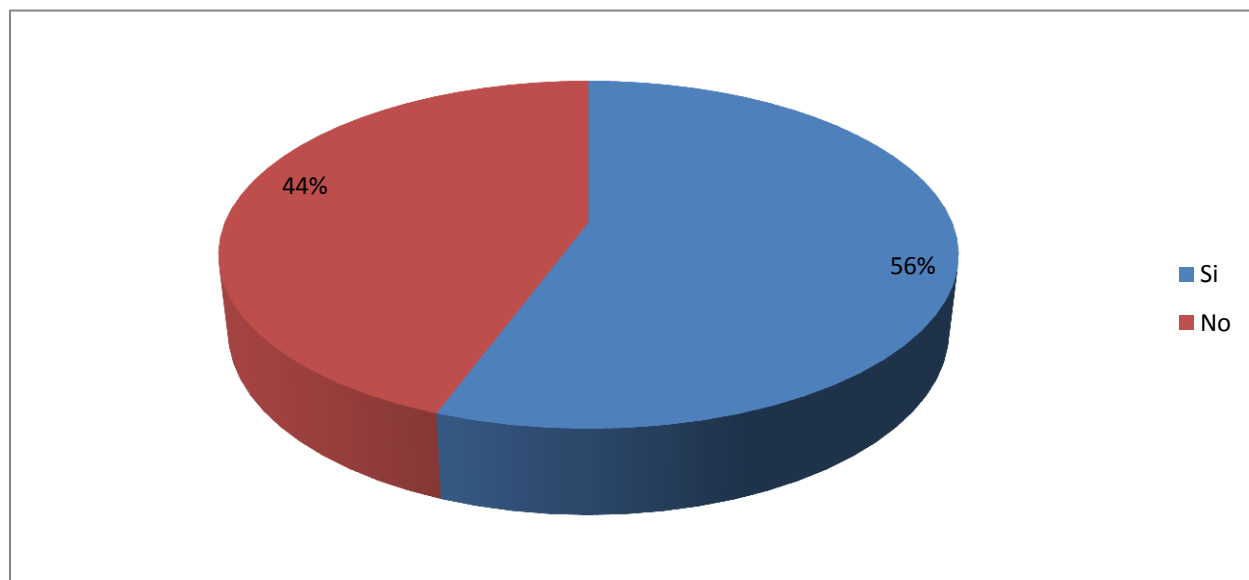
Se realizó encuesta dirigida a la comunidad en general del municipio de Paratebueno, con el propósito de conocer e identificar los factores internos y externos del centro de salud y las posibilidades de proyectarse como un hospital de 1 y 2 nivel.

Tabla 6. ¿Ha recurrido al centro de salud del municipio de Paratebueno en los últimos 2 años?

Si	213	56%
No	170	44%
Total	383	100%

Fuente: el estudio. 2015.

Gráfica 2. ¿Ha recurrido al centro de salud del municipio de Paratebueno en los últimos 2 años?



Fuente: el estudio. 2015.

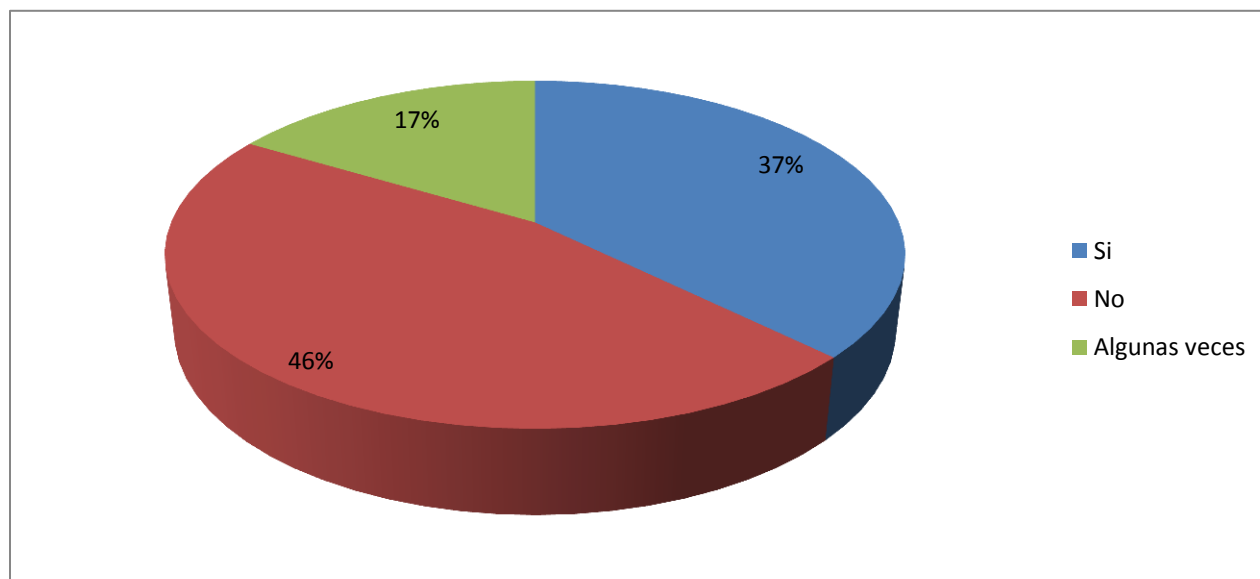
Se observa en la gráfica que el 56% de los encuestados ha recurrido al centro de salud del municipio de Paratebueno en los últimos 2 años, mientras el 44% no.

Tabla 7. ¿Los servicios que actualmente presta el centro de salud de Paratebueno cumple con sus expectativas?

Si	143	37%
No	177	46%
Algunas veces	63	17%
Total	383	100%

Fuente: el estudio. 2015.

Gráfica 3. ¿Los servicios que actualmente presta el centro de salud de Paratebueno cumple con sus expectativas?



Fuente: el estudio. 2015.

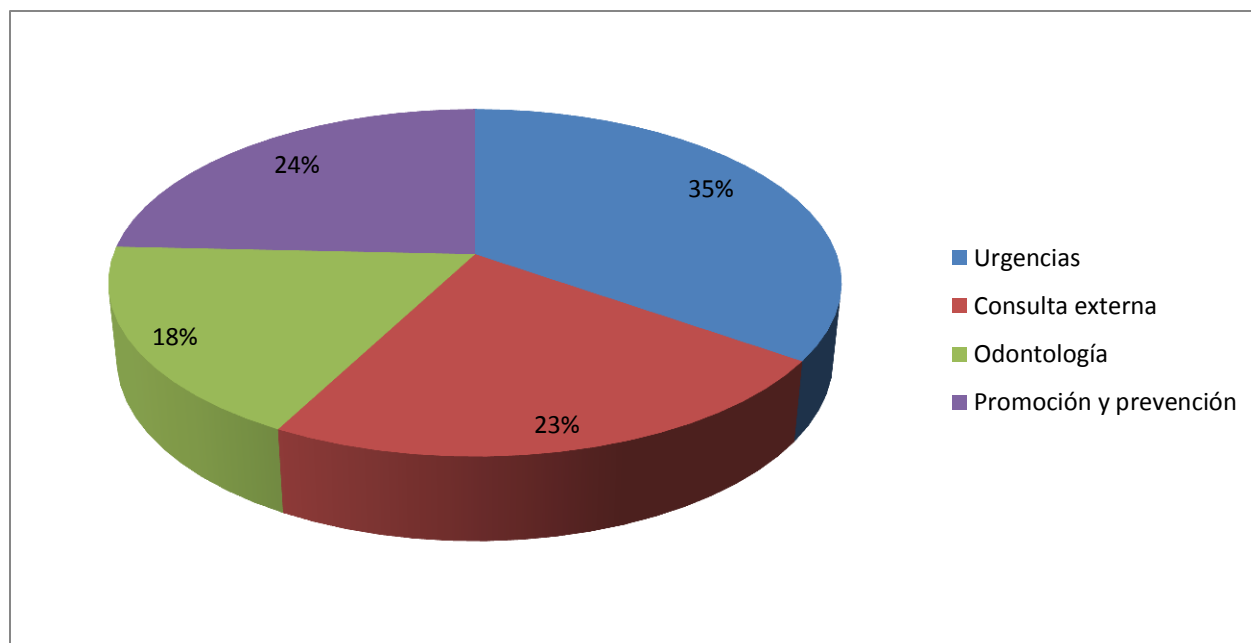
Se observa en la gráfica que los servicios que actualmente presta el centro de salud de Paratebueno cumple con sus las expectativas de los encuestados en un 37%; el 46% afirma que no lo hace y el 17% algunas veces.

Tabla 8. ¿Cuál es el servicio que más utiliza en el centro de salud de Paratebueno?

Urgencias	133	35%
Consulta externa	88	23%
Odontología	69	18%
Promoción y prevención	93	24%
Total	383	100%

Fuente: el estudio. 2015.

Gráfica 4. ¿Cuál es el servicio que más utiliza en el centro de salud de Paratebueno?



Fuente: el estudio. 2015.

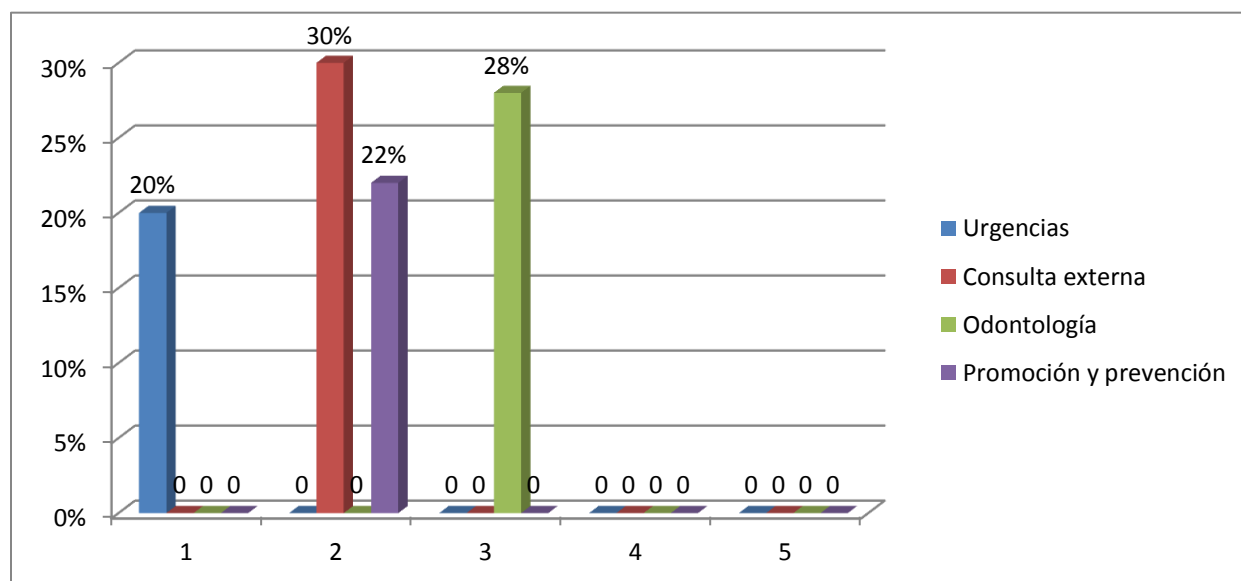
En cuanto a los servicios que más utiliza en el centro de salud de Paratebueno, los encuestados afirman que urgencias 35%; consulta externa el 23%; odontología el 18% y promoción y prevención el 24%.

Tabla 9. Califique de 1 a 5 los siguientes servicios del centro de salud de Paratebueno, siendo 1 el menor y 5 el mayor.

	1	2	3	4	5	1%	2%	3%	4%	5%
Urgencias	77					20%				
Consulta externa		114					30%			
Odontología			108					28%		
Promoción y prevención		84					22%			
Total	383					100%				

Fuente: el estudio. 2015.

Gráfica 5. Califique de 1 a 5 los siguientes servicios del centro de salud de Paratebueno, siendo 1 el menor y 5 el mayor.



Fuente: el estudio. 2015.

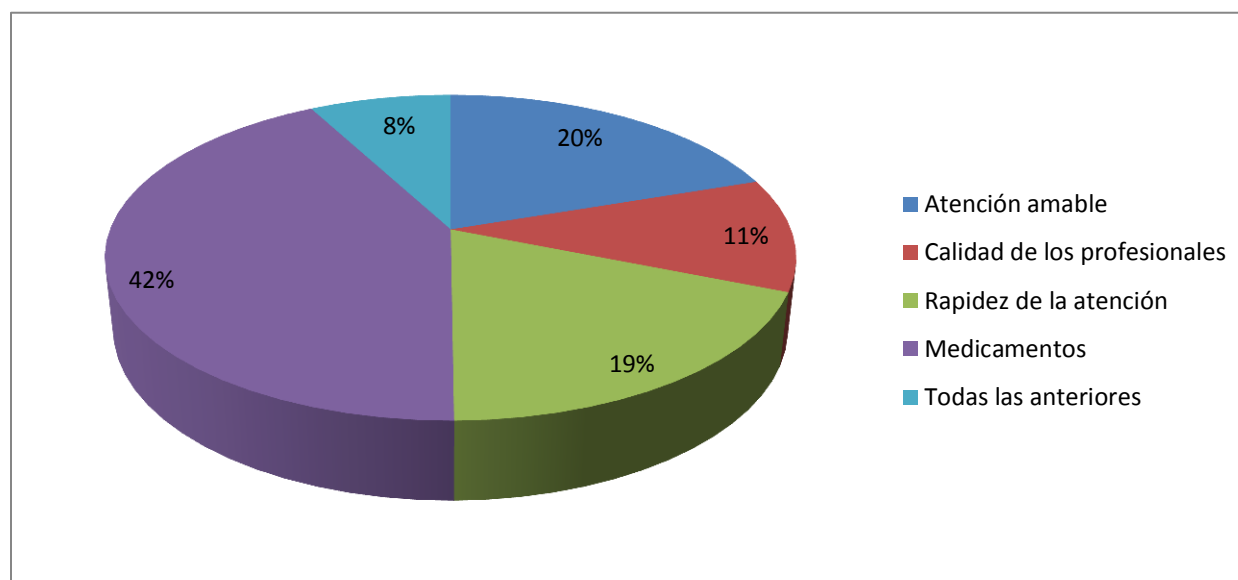
Se observa en la gráfica que la calificación que los encuestados dan a la atención del centro de salud de Paratebueno es de: urgencias lo califican con 1 el 20%; consulta externa lo califican con 2 el 30%; odontología lo califican con 3 el 28%; y promoción y prevención es calificado con 2 el 22%.

Tabla 10. De las siguientes razones, señale aquellos por las cuales califica como bueno el servicio recibido.

Atención amable	76	20%
Calidad de los profesionales	43	11%
Rapidez de la atención	72	19%
Medicamentos	162	42%
Todas las anteriores	30	8%
Total	383	100%

Fuente: el estudio. 2015.

Gráfica 6. De las siguientes razones, señale aquellos por las cuales califica como bueno el servicio recibido.



Fuente: el estudio. 2015.

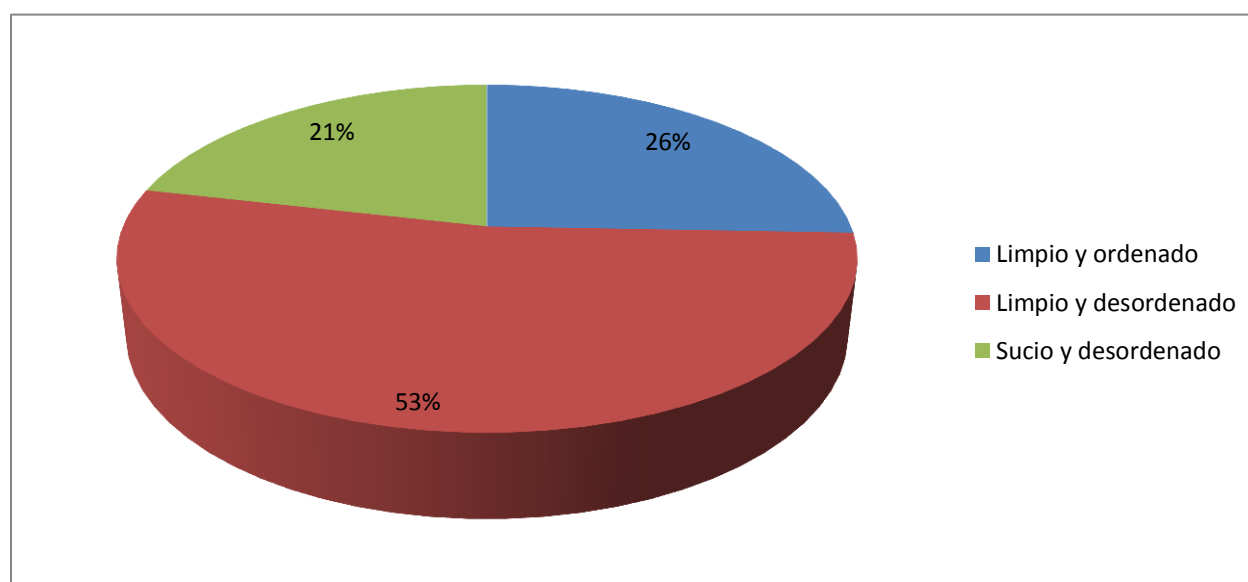
Las razones por las cuales los encuestados califican como bueno el servicio recibido están: atención amable el 20%; calidad de los profesionales el 11%; rapidez de la atención el 19%; medicamentos el 42%; todas las anteriores el 19%.

Tabla 11. El estado físico del centro de salud es.

Limpio y ordenado	98	26%
Limpio y desordenado	203	53%
Sucio y desordenado	82	21%
Total	383	100%

Fuente: el estudio. 2015.

Gráfica 7. El estado físico del centro de salud es.



Fuente: el estudio. 2015.

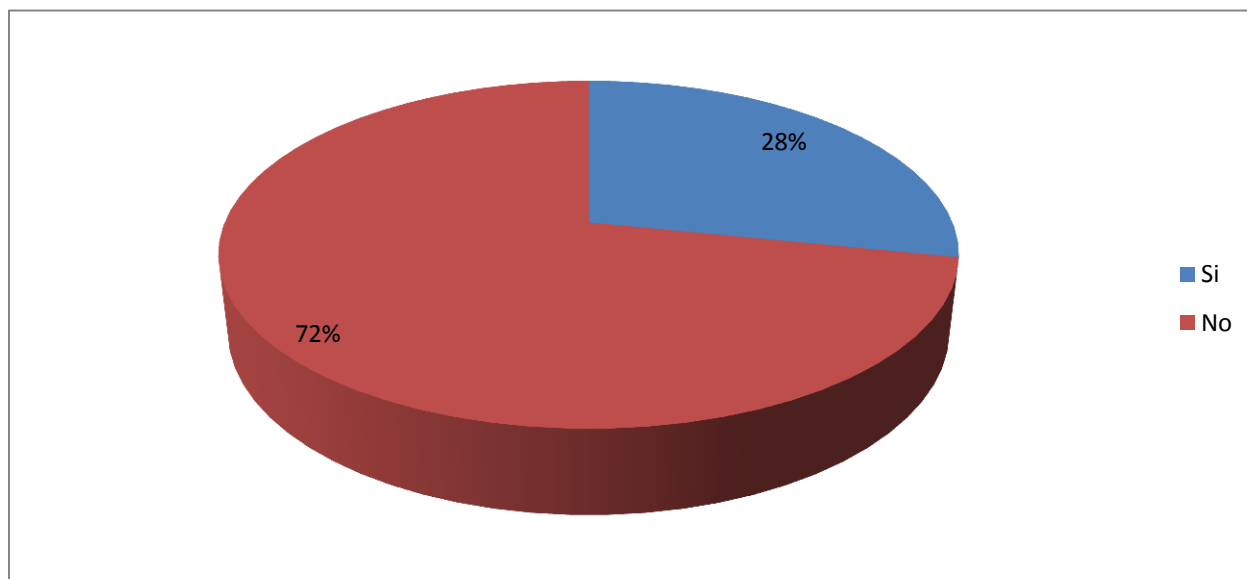
En cuanto al estado físico del centro de salud, los encuestados lo califican de: limpio y ordenado el 26%; limpio y desordenado el 53%; sucio y desordenado el 21%.

Tabla 12. ¿Cree usted que el personal que atiende en el centro de salud es apto para atender la demanda existente?

Si	108	28%
No	275	72%
Total	383	100%

Fuente: el estudio. 2015.

Gráfica 8. ¿Cree usted que el personal que atiende en el centro de salud es apto para atender la demanda existente?



Fuente: el estudio. 2015.

Respecto a si creen que el personal que atiende en el centro de salud es apto para atender la demanda existente, los encuestados manifiestan que si el 28% y que no el 72%.

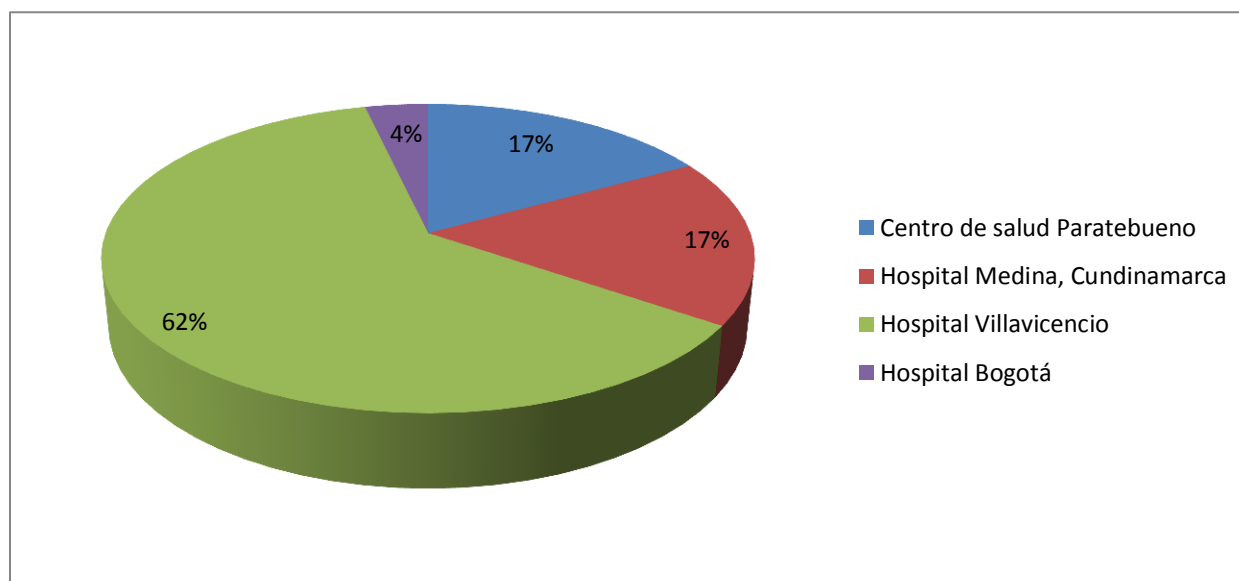
Tabla 13. ¿Considera usted que el municipio de Paratebueno requiere de un hospital de 1 y 2 nivel?

Si	365	95%
No	18	5%
Total	383	100%

Fuente: el estudio. 2015.

Se observa en la gráfica que el 95% de los encuestados consideran que el municipio de Paratebueno requiere de un hospital de primer y segundo nivel; mientras el 5% considera que no. los usuarios prefieren salir del contexto local, algunos de ellos poseen casa propia en Villavicencio y ven mayor posibilidad de servicios de salud.

Gráfica 9. ¿En caso de una urgencia de salud a qué lugar recurriría para ser atendido?



Fuente: el estudio. 2015.

Al indagar a los encuestados sobre si en caso de una urgencia de salud a qué lugar recurriría para ser atendido, estos manifiestan que al centro de salud de Paratebueno el 17%; al Hospital de Medina, Cundinamarca el 17%; al Hospital de Villavicencio el 62% y a un hospital de Bogotá el 4%.

6.2.2 Entrevista al gerente del Centro de Salud de Paratebueno.

Objetivo: Entrevista dirigida al Gerente del Centro de Salud de Paratebueno Dr. Oscar Sánchez. Con el fin de conocer sus inquietudes u opiniones con respecto a los factores internos y externos del centro de salud y la posibilidad de proyectarse como hospital de 1 y 2 nivel.

Pregunta 1. ¿Considera usted que el centro de salud cumple con las expectativas de la comunidad frente a la demanda y oferta de servicios?

Respuesta: actualmente los servicios que prestamos en el centro de salud de Paratebueno son acordes con los recursos que se nos asignan, teniendo en cuenta que solo existe un centro de atención primario, allí se cuenta dos médicos generales, unidad de odontología, promoción y prevención lo acorde a este nivel.

Pregunta 2. Cuáles son los servicios de salud que más demanda la comunidad?

Respuesta: los servicios de salud que demanda la comunidad del municipio de Paratebueno son los generales, odontológicos, urgencias y de promoción y prevención

Pregunta 3. Considera usted que el estado de la infraestructura es acorde con la demanda y que cumple con los requerimientos para prestar un buen servicio?

Respuesta: la infraestructura está en la actualidad muy deteriorada, aunque se realizaron algunas adecuaciones, actualmente el ministerio de salud y protección social está solicitando más adecuaciones, para que los usuarios reciban un servicio integral; por tal motivo se requiere seguir mejorando para llegar a prestar un servicio acorde a la demanda.

Pregunta 4. Cuáles son las falencias o limitaciones con que cuenta actualmente el centro de salud?

Respuesta: el centro de salud no cuenta con salas de partos, hospitalización, muestras de laboratorio, esto limita para prestación de los servicios.

Pregunta 5. ¿Cree usted que con la creación de un hospital de 1 y 2 nivel solucionaría todas las dificultades que posee el centro de salud actualmente?

Respuesta: por supuesto, pero si se realizará la reorganización de los servicios y el departamento invirtieran los recursos normativos para la infraestructura y todo lo que conlleva a crear un hospital de 1 y 2 nivel.

7. ESTUDIO ECONÓMICO Y FINANCIERO

Tabla 14. Maquinaria y equipos.

N	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	Unidad	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	DEPRECIACIÓN
1	Camas	4	Unidad	250.000	1.000.000	100.000
2	Consultorios consulta externa	4	Unidad	300.000	1.200.000	60.000
3	Consultorios urgencias	2	Unidad	20.000.000	40.000.000	4.000.000
4	Sala de partos	1	Unidad	14.000.000	14.000.000	1.400.000
5	Hospitalización	5	Unidad	2.000.000	10.000.000	1.000.000
6	Unidades odontológicas	2	Unidad	18.000.000	36.000.000	3.600.000
7	Laboratorio clínico	1	Unidad	18.000.000	18.000.000	1.800.000
8	Imágenes diagnósticas	1	Unidad	60.000.000	60.000.000	6.000.000
9	Fonendoscopio	14	Unidad	50.000	700.000	70.000
10	Tensiómetro	4	Unidad	60.000	240.000	24.000
11	Termómetro	50	Unidad	20.000	1.000.000	100.000
				Total	182.140.000	18.154.000

Análisis interpretativo: la maquinaria y equipos descritos son los requerimientos para iniciar labores en el futuro hospital. su valor es equivalente a \$182.140.00 y genera una depreciación de \$18.154.000 teniendo en cuenta que los costos de depreciación se calculan con base a la vida útil de los equipos (decreto 2160 de 1986).

Tabla 15. Muebles y enseres.

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDADES	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	DEPRECIACIÓN
1	Peso	15	UNIDAD	80.000	1.200.000	120.000
2	Sillas	15	UNIDAD	180.000	2.700.000	270.000
3	Escritorios	15	UNIDAD	400.000	6.000.000	600.000
4	Canecas	15	UNIDAD	70.000	1.050.000	105.000
5	Camarote	6	UNIDAD	800.000	4.800.000	480.000
6	Closets	3	UNIDAD	280.000	840.000	84.000
7	Sillas de ruedas	10	UNIDAD	280.000	2.800.000	280.000
8	Patos	15	UNIDAD	120.000	1.800.000	180.000
9	Porta suero	15	UNIDAD	90.000	1.350.000	135.000
TOTAL					22.540.000	2.254.000

Análisis interpretativo: los requerimientos de muebles y enseres corresponden a un valor de \$ 22.540.000 y una depreciación de \$2.254.000.

Tabla 16. Equipos de cómputo.

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	DEPRECIACIÓN
1	Equipos de computo	15	UNIDAD	2.000.000	30.000.000	6.000.000
2	Doppler	2	UNIDAD	26.000.000	52.000.000	10.400.000
3	Teléfono	15	UNIDAD	400.000	6.000.000	1.200.000
4	Glucómetro	10	UNIDAD	400.000	4.000.000	800.000
5	Electrocardiograma	2	UNIDAD	3.000.000	6.000.000	1.200.000
6	Conmutador	1	UNIDAD	800.000	800.000	160.000
7	Impresoras	5	UNIDAD	400.000	2.000.000	400.000
TOTAL					100.800.000	20.160.000

Análisis interpretativo: los requerimientos de equipos de cómputo para realizar las operaciones de manera sistematizada o sistémica son equivalentes a \$100.800.000 y generan una depreciación de \$20.160.000.

Tabla 17. Equipos de oficina.

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	DEPRECIACIÓN
1	Aire acondicionado	15	UNIDAD	1.600.000	24.000.000	4.800.000
2	Escanner	10	UNIDAD	460.000	4.600.000	920.000
3	Estantes metálicos	15	UNIDAD	140.000	2.100.000	420.000
4	Archivador	5	UNIDAD	400.000	2.000.000	400.000
5	Cosedoras	20	UNIDAD	30.000	600.000	120.000
6	Perforadoras	20	UNIDAD	20.000	400.000	80.000
7	Saca ganchos	20	UNIDAD	10.000	200.000	40.000
8	Calculadora	10	UNIDAD	60.000	600.000	120.000
9	Fotocopiadora	1	UNIDAD	4.000.000	4.000.000	800.000
10	Proyector	1	UNIDAD	1.600.000	1.600.000	320.000
11	Guillotina	2	UNIDAD	400.000	800.000	160.000
TOTAL					40.900.000	8.180.000

Análisis interpretativo: los requerimientos de equipos de oficina necesarios para el funcionamiento del proyecto tienen un costo de \$ 40.900.000 y generan una depreciación de \$8.180.000.

Tabla 18. Vehículos.

N°	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	DEPRECIACIÓN
1	Ambulancias	2	UNIDAD	150.000.000	300.000.000	60.000.000
2	Vehículo administración	1	UNIDAD	70.000.000	70.000.000	14.000.000
TOTAL					370.000.000	74.000.000

Análisis interpretativo: los vehículos necesarios para el transporte de usuarios, su valor es equivalente a 370.000.000 y generan una depreciación de \$74.000.000.

Tabla 19. Consolidación depreciación activos.

N°	ACTIVO	VIDA ÚTIL (AÑOS)	VALOR ACTIVO	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
1	Maquinaria y equipos.	10	182.140.000	18.214.000	18.214.000	18.214.000	18.214.000	18.214.000
2	Muebles y enceres.	10	22.540.000	2.254.000	2.254.000	2.254.000	2.254.000	2.254.000
3	Equipo de cómputo.	5	100.800.000	20.160.000	20.160.000	20.160.000	20.160.000	20.160.000
4	Equipos de oficina.	5	40.900.000	8.180.000	8.180.000	8.180.000	8.180.000	8.180.000
5	Vehículos.	5	370.000.000	74.000.000	74.000.000	74.000.000	74.000.000	74.000.000
TOTAL			716.380.000	122.808.000	122.808.000	122.808.000	122.808.000	122.808.000

Análisis interpretativo: la consolidación de depreciación de activos indica la descripción de cada uno, su vida útil, de acuerdo con el decreto 2160 de 1986 que establece la categorización de los mismos. de igual manera su valor total es de \$ 7160.000 y la depreciación anual correspondiente a \$ 122.808.000.

Tabla 20. Insumos.

INSUMOS	
Guantes	Alcohol
Bajalenguas	Espéculo
Tapabocas	Recetario
Algodón	Almohadas
Aplicadores	Sábanas
Cuchillos	Jeringas
Navajas	Isodine
Gancho nodriza	Jabón
Gotero	Gasas
Toallas	Compresas
Manta	Vendas
Agujas	Apósitos
Sueros	Pinzas
Desinfectante	Tijeras
Esparadrapo,	Micropore
TOTAL	\$20.000.000

Análisis interpretativo: es importante indicar que la descripción de los insumos por valor de 20.000.000 se establece de forma generalizada y no se discrimina por unidad teniendo en cuenta que dispendioso por la numerosidad de productos que se tendrían que enunciar en tal sentido, por consiguiente teniendo en cuenta la información proporcional del hospital de medina Cundinamarca; la demanda y oferta en cada contexto municipal se aproxima al valor asignado equivalente a \$ 20.000.000.

Tabla 21. Mano de obra directa.

No.	Denominación del empleo	ASIGNACIÓN BÁSICA MENSUAL 2010	PRIMA DE DISTANCIA	SUBTOTAL ANUAL	BONIFICACIÓN POR RECREACIÓN	PRIMA DE SERVICIOS O SEMESTRAL	PRIMA DE VACACIONES	PRIMA DE NAVIDAD	CESANTÍAS	INTERESES A CESANTÍAS	SUBTOTAL OBLIGACIONE
1	Médico general	\$3.161.793	\$1.580.897	\$39.522.413	\$210.786	\$1.659.942	\$1.729.106	\$3.602.304	\$5.372.556	\$644.707	\$13.219.401
2	Médico general	\$3.161.793	\$1.580.897	\$39.522.413	\$210.786	\$1.659.942	\$1.729.106	\$3.602.304	\$5.372.556	\$644.707	\$13.219.401
3	Profesional servicio social obligatorio medico	\$2.257.150	\$0	\$27.085.800	\$150.477	\$0	\$1.175.599	\$2.449.165	\$2.531.581	\$303.790	\$6.610.612
5	Profesional servicio social obligatorio medico	\$2.257.150	\$0	\$27.085.800	\$150.477	\$0	\$1.175.599	\$2.449.165	\$2.531.581	\$303.790	\$6.610.612
6	Profesional servicio social obligatorio medico	\$2.257.150	\$0	\$27.085.800	\$150.477	\$0	\$1.175.599	\$2.449.165	\$2.531.581	\$303.790	\$6.610.612
7	Profesional servicio social obligatorio medico	\$2.257.150	\$0	\$27.085.800	\$150.477	\$0	\$1.175.599	\$2.449.165	\$2.531.581	\$303.790	\$6.610.612
8	Profesional servicio social obligatorio medico	\$2.257.150	\$0	\$27.085.800	\$150.477	\$0	\$1.175.599	\$2.449.165	\$2.531.581	\$303.790	\$6.610.612
9	Profesional servicio social obligatorio odontólogo	\$2.257.150	\$0	\$27.085.800	\$150.477	\$0	\$1.175.599	\$2.449.165	\$2.531.581	\$303.790	\$6.610.612
10	Profesional servicio social obligatorio odontólogo	\$2.257.150	\$0	\$27.085.800	\$150.477	\$0	\$1.175.599	\$2.449.165	\$2.531.581	\$303.790	\$6.610.612
11	Profesional servicio social obligatorio bacterióloga	\$1.578.445	\$0	\$18.941.340	\$105.230	\$0	\$822.107	\$1.712.723	\$1.753.655	\$210.439	\$4.604.154
12	Profesional servicio social obligatorio enfermera	\$1.578.445	\$0	\$18.941.340	\$105.230	\$0	\$822.107	\$1.712.723	\$1.753.655	\$210.439	\$4.604.154

16	Auxiliar área de la salud (auxiliar de farmacia)	\$893.712	\$223.428	\$10.947.972	\$59.581	\$499.949	\$520.780	\$1.084.958	\$1.412.631	\$0	\$3.577.899
17	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$613.065	\$638.609	\$1.330.436	\$1.695.384	\$203.446	\$4.558.790
18	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$759.033	\$790.659	\$1.647.207	\$1.767.710	\$0	\$5.042.459
19	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$817.420	\$851.479	\$1.773.915	\$2.173.411	\$0	\$5.694.075
20	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$613.065	\$638.609	\$1.330.436	\$1.695.384	\$203.446	\$4.558.790
21	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$613.065	\$638.609	\$1.330.436	\$1.700.093	\$0	\$4.360.053
22	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$788.227	\$821.069	\$1.710.561	\$2.105.794	\$0	\$5.503.501
23	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$788.227	\$821.069	\$1.710.561	\$2.105.794	\$0	\$5.503.501
24	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$817.420	\$851.479	\$1.773.915	\$2.167.390	\$0	\$5.688.054
25	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$788.227	\$821.069	\$1.710.561	\$2.105.794	\$0	\$5.503.501
26	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$759.033	\$790.659	\$1.647.207	\$1.767.710	\$0	\$5.042.459
27	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$613.065	\$638.609	\$1.330.436	\$1.695.384	\$203.446	\$4.558.790

28	Auxiliar área de la salud (auxiliar de laboratorio clínico)	\$961.804	\$240.451	\$11.782.099	\$64.120	\$704.013	\$733.347	\$1.527.806	\$1.935.116	\$0	\$4.964.402
29	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$788.227	\$821.069	\$1.710.561	\$2.105.794	\$0	\$5.503.501
30	Auxiliar área de la salud (auxiliar de enfermería)	\$1.167.743	\$291.936	\$14.304.852	\$77.850	\$788.227	\$821.069	\$1.710.561	\$2.105.794	\$0	\$5.503.501

Continuación mano de obra directa.

SENA	ICBF	CAJA COMPENSACIÓN FAMILIAR	A.P.PENSIÓN	A.P. SALUD	A.R.L	TOTAL APORTES	TOTAL ANUAL
\$1.282.288	\$1.923.432	\$2.564.576	\$4.742.690	\$3.225.029	\$924.255	\$14.662.270	\$67.404.084
\$1.282.288	\$1.923.432	\$2.564.576	\$4.742.690	\$3.225.029	\$924.255	\$14.662.270	\$67.404.084
\$617.221	\$925.831	\$1.234.442	\$3.385.725	\$2.302.293	\$659.810	\$9.125.322	\$42.821.734
\$617.221	\$925.831	\$1.234.442	\$3.385.725	\$2.302.293	\$659.810	\$9.125.322	\$42.821.734
\$617.221	\$925.831	\$1.234.442	\$3.385.725	\$2.302.293	\$659.810	\$9.125.322	\$42.821.734
\$346.363	\$519.544	\$692.726	\$3.385.725	\$2.302.293	\$659.810	\$7.906.461	\$41.602.873
\$346.363	\$519.544	\$692.726	\$3.385.725	\$2.302.293	\$659.810	\$7.906.461	\$41.602.873
\$617.221	\$925.831	\$1.234.442	\$3.385.725	\$2.302.293	\$659.810	\$9.125.322	\$42.821.734

\$617.221	\$925.831	\$1.234.442	\$3.385.725	\$2.302.293	\$659.810	\$9.125.322	\$42.821.734
\$431.628	\$647.442	\$863.256	\$2.367.668	\$1.610.014	\$461.411	\$6.381.419	\$29.926.913
\$431.628	\$647.442	\$863.256	\$2.367.668	\$1.610.014	\$461.411	\$6.381.419	\$29.926.913
\$311.419	\$467.128	\$622.838	\$1.340.568	\$911.586	\$261.250	\$3.914.789	\$18.440.660
\$403.522	\$605.283	\$807.044	\$1.751.615	\$1.191.098	\$341.355	\$5.099.917	\$23.963.559
\$415.818	\$623.727	\$831.636	\$1.751.615	\$1.191.098	\$341.355	\$5.155.249	\$24.502.560
\$420.736	\$631.104	\$841.472	\$1.751.615	\$1.191.098	\$341.355	\$5.177.380	\$25.176.307
\$403.522	\$605.283	\$807.044	\$1.751.615	\$1.191.098	\$341.355	\$5.099.917	\$23.963.559
\$403.522	\$605.283	\$807.044	\$1.751.615	\$1.191.098	\$341.355	\$5.099.917	\$23.764.822
\$418.277	\$627.416	\$836.554	\$1.751.615	\$1.191.098	\$341.355	\$5.166.315	\$24.974.668
\$418.277	\$627.416	\$836.554	\$1.751.615	\$1.191.098	\$341.355	\$5.166.315	\$24.974.668
\$420.736	\$631.104	\$841.472	\$1.751.615	\$1.191.098	\$341.355	\$5.177.380	\$25.170.286

Tabla 22. Gastos administrativos.

Nº	DESCRIPCIÓN	VALOR ANUAL
1	Energía eléctrica	\$8.435.343
2	Acueducto y alcantarillado	\$1.591.574
3	Gas	\$318.315
5	Teléfono	\$474.722
6	Combustibles	\$18.000.000
7	Seguros activos	\$4.625.206
8	Impuestos	\$1.825.794
9	Mantenimiento activos	\$3.800.000
10	Mantenimiento infraestructura	\$74.000.000
TOTAL		\$113.070.954

Análisis interpretativo: la tabla de costos de instalación sintetiza aspectos anteriormente mencionados e incluye otros costos en que incurre la operación del proyecto. en valor es equivalente a \$113.070.954 para una anualidad.

Tabla 23. Costos de venta.

DESCRIPCIÓN	VALOR ANUAL
Promoción y Publicidad	\$5.000.000
TOTAL	\$5.000.000

Análisis interpretativo: los costos de venta corresponden a promoción y publicidad. teniendo en cuenta que su valor se refiere (aviso, folletos, perifoneo, cuñas radiales, prospectos, volantes, revistas, plegables concernientes al sector salud).

Tabla 24. Costo de mano de obra directa por prestación de servicios.

No.	Tipo de actividad	Tipo de vinculación	valor mes	valor anual
1	Directivo	Prestación de servicios	\$5.906.686	\$70.880.232
2	Asesor	Prestación de servicios	\$2.703.250	\$32.439.000
3	Profesional	Prestación de servicios	\$2.949.000	\$35.388.000
4	Auxiliar	Prestación de servicios	\$2.102.083	\$25.224.996
5	Externalización de los procesos ambulatorios, proceso de apoyo diagnostico y terapéutico, procesos de urgencias y hospitalización, proceso de promoción y prevención	Prestación de servicios	\$5.647.970	\$67.775.640
6	Prestar servicios como terapéutico de salud ocupacional, enfermería	Prestación de servicios	\$9.120.000	\$109.440.000
7	Externalización de los procesos ambulatorios, proceso de apoyo diagnostico y terapéutico, procesos de urgencias y hospitalización, proceso de promoción y prevención	Prestación de servicios	\$19.340.867	\$232.090.404
	Totales	Totales	\$47.769.856	\$573.238.272

Análisis interpretativo: los gastos de administración describen la nómina administrativa requerida para administrar de manera responsable, ética el funcionamiento de todas las actividades acorde con los objetivos institucionales y en cumplimiento de los valores corporativos su valor es equivalente a \$573.238.272.

Tabla 25. Farmacia.

Anestésicos	Desinfectantes y antisépticos
Analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios, no esteroides, antigotosos y antirreumáticos, modificadores de la enfermedad.	Diuréticos
Antialérgicos	Medicamentos gastrointestinales
Antídotos	Hormonas
Anticonvulsivos	Productos inmunológicos
Anti infecciosos	Miorrelajantes
Anti migrañosos	Preparados oftalmológicos
Anti neoplásicos, inmunodepresores	Oxitoxicos y autioxitocicos
Antiparkinsonianos	Solución de diálisis peritoneal
Medicamentos que afectan la sangre	Medicamentos psicoterapéuticos
Productos sanguíneos	Medicamentos vías respiratorias
Medicamentos cardiovasculares	Soluciones correctoras
Medicamentos dermatológicos	Soluciones
Agentes de diagnóstico	Vitaminas y minerales
Total	\$20.000.000

Análisis interpretativo : es importante indicar que la descripción de los medicamentos farmacéuticos que se requieren se establecen de forma generalizada y no se discrimina por unidad teniendo en cuenta que dispendioso por la numerosidad de productos que se tendrían que enunciar en tal sentido, por consiguiente teniendo en cuenta la información proporcional del hospital de medina Cundinamarca; la demanda y oferta en cada contexto municipal se aproxima al valor asignado equivalente a \$20.000.000.

Tabla 26. Presupuesto de ingresos proyección anual.

	2015	2016	2017	2018	2019
Ingresos corrientes	2.794.663.683	2.146.784.969	2.251.027.272	2.318.558.090	2.386.348.815
Venta de servicios de salud	1.827.238.472	1.882.055.625	1.978.356.047	2.037.706.729	2.097.071.913
Régimen Subsidiado	1.307.474.894	1.346.699.140	1.426.938.867	1.469.747.033	1.512.073.427
Régimen Contributivo	275.721.181	283.992.816	292.512.601	301.287.979	310.326.618
SOAT	46.593.405	47.991.208	49.430.944	50.913.872	52.441.288
FOSYGA	1.285.028	1.323.579	1.363.286	1.404.185	1.446.310
Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)	97.000.000	99.910.000	102.907.300	105.994.519	109.174.355
Otras ventas de servicios de Salud	99.163.964	102.138.882	105.203.049	108.359.141	111.609.915
Aportes (No ligados a la venta de servicios)	967.425.211	264.729.344	272.671.225	280.851.361	289.276.902
Aportes de la nación No ligados a la venta de servicios	253.834.064	264.729.344	272.671.225	280.851.361	289.276.902
Aportes del departamento No ligados a la venta de servicios	442.350.000	0	0	0	0
Aportes del municipio No ligados a la venta de servicios	271.241.147	0	0	0	0
Cuentas por cobrar Otras vigencias	323.047.956	258.375.437	266.126.421	284.069.902	292.591.999
TOTAL INGRESOS	5.912.375.322	4.551.945.375	4.768.180.965	4.921.186.082	5.065.289.629

Análisis interpretativo: la tabla de presupuesto de ingresos relaciona todos los ingresos corrientes y aportes en que incurre el proceso de funcionamiento, proyectado a 5 años.

Tabla 27. Inversión inicial.

N°	DESCRIPCIÓN ACTIVOS FIJOS	VALOR ANUAL
1	Maquinaria y equipo.	182.140.000
2	Muebles y enseres.	22.540.000
3	Equipos de cómputo.	100.800.000
4	Equipos de oficina.	40.900.000
5	Vehículos.	370.000.000
TOTAL		\$716.380.000

Análisis interpretativo: la inversión inicial sintetiza los activos fijos requeridos para su funcionamiento por valor de \$716.380.000.

Tabla 28. Flujo de caja.

DESCRIPCIÓN	INVERSIÓN INICIAL	Año 1 - 2015	Año 2 -2016	Año 3 -2017	Año 4-2018	Año 5 - 2019
INVERSIÓN INICIAL	\$716.380.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
PRESUPUESTO DE INGRESOS	\$0	\$5.912.375.322	\$4.551.945.375	\$4.768.180.965	\$4.921.186.082	\$5.065.289.629
PRESUPUESTO DE COSTOS	\$0	\$1.464.558.367	\$1.527.090.923	\$1.592.303.734	\$1.660.312.129	\$1.731.236.420
COSTOS NOMINA	\$0	\$851.320.095	\$885.883.691	\$921.850.569	\$959.277.702	\$998.224.376
COSTOS PRESTACIÓN SERVICIOS	\$0	\$573.238.272	\$599.607.233	\$627.189.165	\$656.039.867	\$686.217.701
FARMACIA	\$0	\$20.000.000	\$20.800.000	\$21.632.000	\$22.497.280	\$23.397.171
INSUMOS	\$0	\$20.000.000	\$20.800.000	\$21.632.000	\$22.497.280	\$23.397.171
UTILIDAD BRUTA	\$0	\$4.447.816.955	\$3.024.854.452	\$3.175.877.231	\$3.260.873.953	\$3.334.053.209
PPTO GTOS ADMON Y VENTAS		\$240.878.954	\$244.521.083	\$248.277.475	\$252.151.809	\$256.147.886
GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	\$0	\$113.070.954	\$116.463.083	\$119.956.975	\$123.555.684	\$127.262.355
DEPRECIACIÓN	\$0	\$122.808.000	\$122.808.000	\$122.808.000	\$122.808.000	\$122.808.000
GASTOS DE VENTA	\$0	\$5.000.000	\$5.250.000	\$5.512.500	\$5.788.125	\$6.077.531
UTILIDAD OPERACIONAL	\$0	\$4.206.938.001	\$2.780.333.369	\$2.927.599.756	\$3.008.722.144	\$3.077.905.323
COSTOS FINANCIEROS	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTOS	\$0	\$4.206.938.001	\$2.780.333.369	\$2.927.599.756	\$3.008.722.144	\$3.077.905.323
IMPUESTO DE RENTA	\$0	\$1.388.289.540	\$917.510.012	\$966.107.919	\$992.878.308	\$1.015.708.757
UTILIDAD NETA	\$0	\$2.818.648.461	\$1.862.823.357	\$1.961.491.837	\$2.015.843.837	\$2.062.196.567
AMORTIZACIÓN	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
DEPRECIACIÓN	\$0	\$122.808.000	\$122.808.000	\$122.808.000	\$122.808.000	\$122.808.000
FLUJO DE CAJA	-\$716.380.000	\$2.941.456.461	\$1.985.631.357	\$2.084.299.837	\$2.138.651.837	\$2.185.004.567

TIO	15,00%
------------	---------------

VPN	\$7.022.406.345
TIR	383,56%

VPN INGRESOS	\$17.850.036.796
TIRM	57,86%

VPN INGRESOS	\$17.050.325.261
VPN COSTOS Y GASTOS	\$10.570.428.034
RELACIÓN COSTO BENEFICIO	\$ 2,61

Análisis interpretativo: el valor presente neto arrojó un resultado positivo (\$7.022.406.345), lo que expresa que los flujos tienen la capacidad de recuperar en un 100% y más la inversión inicial, frente a la posición del costo de oportunidad del 15,00 % EA por lo que se recomienda invertir en el proyecto. Por otro lado la TIR es igual a 383,56% EA, lo cual expresa que a una rentabilidad del 283,56% y se recupera el 100% y más de la inversión para convertir el VPN = 0.

La TIRM (que es la tasa que se emplea para llevar el costo de inversión al final del horizonte de planeación del proyecto y es igual al valor futuro de los ingresos al final del horizonte de planeación del proyecto, pero utilizando la tasa interna de oportunidad (TIO) del inversionista) sigue siendo superior a la tasa interna de oportunidad (TIO) del 15% E.A., por lo que el proyecto se debe aceptar.

Análisis interpretativo: por cada peso que se invierta, se tiene el respaldo de un peso y sesenta y un centavos (\$1,61), es decir, que por cada unidad monetaria que se aplica en el negocio se tiene un reintegro de 1, 61 unidades monetarias.

Cuando el $VPN < 0$, el proyecto se debe rechazar

Cuando el $VPN < 0$, el proyecto se debe rechazar

Cuando el $VPN < 0$, el proyecto se debe rechazar

Cuando la $TIR < TIO$, el proyecto se debe rechazar

Cuando el $TIR = TIO$, el proyecto puede ser indiferente para el inversionista

Cuando el $TIR > TIO$, el proyecto se debe aceptar

Cuando la relación $B/C < 1$, el proyecto se debe rechazar

Cuando la relación $B/C = 1$, el proyecto puede ser indiferente para el inversionista

Cuando la relación $B/C > 1$, el proyecto se debe aceptar

8. CONCLUSIONES

Se puede decir que en la organización de salud actual, no existe producto o servicios sin un proceso, de igual forma no existe proceso sin un producto o servicio. Es así, que en el desarrollo de los aspectos corporativos las instituciones deben realizar muy diversos procesos operativos, cuyos resultados determinan el éxito o fracaso en sus más importantes objetivos. Por consiguiente, hoy se está frente a un nuevo paradigma puesto que la organización moderna, orientada a los procesos, pone en ellos su centro de atención; en cambio las organizaciones tradicionales (Centros de salud), por lo general lo ignoran por completo. Es así que a raíz de la puesta en vigencia de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se ha producido un cambio fundamental en las organizaciones de salud del país en general, presionando para que éstas pongan en marcha decisiones de mejoramiento continuo, dirigidas a la mejor calidad del servicio y a una mayor satisfacción del usuario.

En este contexto, el centro de salud del municipio de Paratebueno, Cundinamarca, posee uno de los principales obstáculos que enfrenta como organización del sector salud en cuanto su administración es centralizada, incluye así mismo la ausencia de métodos, procesos y procedimientos documentados y actualizados al igual que la infraestructura precaria y carencia de personal que permita atender la demanda del municipio.

En estas circunstancias es muy difícil definir parámetros de rendimiento, establecer normas o metas de resultados. De ahí la necesidad de pasar a hospital para que le permita ser más descentralizado, mayores ingresos y por ende contar con una infraestructura física que responda a las necesidades y expectativas de la comunidad en general. Es decir, los avances y

cambios en el sector salud, exigen una mayor capacidad de ajustes e innovaciones permanentes y por ende ser más eficaz y eficiente en la presentación de los servicios.

Por consiguiente, el municipio de Paratebueno requiere de un hospital bien estructurado para responder activamente y se asuma mayor responsabilidad, desarrollando un trabajo más especializado, que conlleve a mejorar la calidad del servicio y logre satisfacer a las expectativas de los usuarios, aumentando a su vez su calidad competitiva; producir más y mejores servicios, cumpliendo con responsabilidad y cabalidad con su objeto para lo cual es creado como hospital.

De otro lado, con el trabajo de campo, se establece información básica si se tiene en cuenta que la comunidad a nivel urbano ha recurrido al centro de salud durante los últimos dos años el 55%; expresaron que se cumple con sus expectativas en un 37%. Así mismo, se destaca que el servicio más utilizado es el de vigencias en un 34% y en cuanto a consulta externa, odontología, promoción y prevención es equivalente a un 66% promedio. La comunidad califica los servicios de urgencias en un 25% promedio, dando una calificación de 3 puntos sobre cinco. De igual forma califica los servicios recibidos en el orden porcentual: atención 20%, calidad de profesionales el 11%; rapidez en la atención un 19%; medicamentos un 42% y todas las anteriores un 8%. En cuanto a la infraestructura física del centro de salud opinaron limpio y ordenado sólo un 25%. Consideran que el cliente es apto para atender la demanda existente en un 28%; consideran que el municipio requiere un hospital de primer y segundo nivel en un 95%.

Se destaca que en caso de una urgencia de salud prefieren desplazarse al hospital de Villavicencio, Meta en un 62%; Medina un 17%; Bogotá el 4% y el centro de salud de Paratebueno un 17%.

En el aspecto financiero, se puede precisar que en el momento de ser hospital; la población recurriría a mejores servicios y condiciones como base de un modelo de prestación de salud más eficaz y eficiente; es decir, se establecería el ofrecimiento del servicio, componentes, niveles de atención, atención integral, mayor resolución de problemas, atención primaria (integralidad, universalidad, equidad, humanización y en general calidad en servicios de salud). La cual generaría mayores ingresos para garantizar procesos de atención de mejor calidad y prestación del servicio. Incluiría una forma innovadora de poner servicios, con calidad, disminución de patologías a nivel del contexto, brindar una mejor calidad de vida de los usuarios; educación en salud y fortalecimiento del auto cuidado del usuario y su familia; servicios novedosos, incluye actividades de promoción y prevención mejorando la cobertura de los programas de salud; y se tendría niveles de efectividad y eficacia presupuestal, procedimientos de control e indicadores de gestión de control interno y calidad con base en el desarrollo de un sistema de garantía de calidad en salud, metodología, normatividad, aplicando competencias efectivas de garantía en salud.

9. RECOMENDACIONES

- a) Dentro de la calidad como imperativo de carácter ético, es un medio en la búsqueda del mejoramiento continuo, trabajando con seres humanos y para seres humanos.
- b) Tener presente que la tarea es de todos, como responsable de la dirección general de gestión y direccionamiento estratégico; gerencia de procesos y satisfacción de los clientes.
- c) Establecer hitos de mejoramiento, como compromiso de la calidad (paciente, atención, colaboradores y comunidad). Un hospital se debe delimitar como una empresa.
- d) Lograr mejor gestión financiera, humana y avance en respuesta a los usuarios.
- e) Establecer mejor gestión estratégica con base en resultados de responsabilidad social, gestión de clientes y mercados, liderazgo, desarrollo de personas, gestión de la información y gestión de procesos.
- f) Elaborar el direccionamiento estratégico (misión, visión, idea de negocio, propuesta de valor, áreas claves, objetivos estratégicos, estrategias y proyectos).
- g) Desarrollar entre todos los miembros de la familia Hospital de Paratebuena, acciones concretas que mejoren constantemente el nivel de satisfacción de quienes reciben los servicios.
- h) Establecer dentro de la gestión de clientes y mercados; estrategias de servicio (amabilidad, oportunidad e información).
- i) La calidad de los servicios que preste el hospital dependerá de la capacidad, de la preparación y del mejoramiento continuo de las personas que en él sirven.
- j) Establecer proceso de gestión humana: basado en la fundamentación filosófica, procesos documentado, difundidos y participativos; participación del jefe inmediato, definido el perfil del colaborador; evaluación del cargo, retribución y administración de salario; no existe

sindicato; inversión en el desarrollo integral del colaborador, calidad de vida; detección de necesidades de formación, capacitación y entrenamiento.

- k) La información debe ser considerada un recurso estratégico puesto que el acto médico requiere permanentemente de ésta y en muchos casos su resultado es de nueva información.
- l) El mejoramiento y aseguramiento de los procesos se efectúa con base en la permanente medición de resultados con hechos y datos.
- m) Cada área del hospital debe gestionar sus propios indicadores (ítems de control), de tal forma, que garanticen el cumplimiento de su misión y la del hospital.
- n) Establecer indicadores: árbol de indicadores, seguimiento a resultados de los indicadores de cada proceso; ficha técnica; evidencia de análisis y acciones tomadas.
- o) El hospital como parte de la comunidad, sabe que con sus actuaciones la beneficia ó la afecta; por eso necesita y quiere proyectarse positivamente a la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Crozier M. (1969). *Le phénomène bureaucratique*, Editions de Minuit, París,

Decreto 1011 de abril 3 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 1938 de 1994 (agosto 5). Por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Drucker P. (1970). *La gerencia de empresas*, Suramericana, Buenos Aires.

Duque J. (1974). *Desarrollo organizacional*. Universidad de los Andes. Bogotá.

Isaza Serrano, A. T. (2012). *Garantía de la calidad en salud. Cómo organizar una empresa del sector salud*. Ediciones de la U. Bogotá. Colombia. p. 21.30.

Lerma González, H.D. (2009). *Metodología de la investigación*. Cuarta Edición. Editorial Ecoe Ediciones. Bogotá, D.C.

Mejía García, B. (2007). *Gerencia de procesos para la organización y el control interno de empresas de salud*. Quinta Edición. Ecoe Ediciones. Bogotá.

Merlano A. (1974). "Administración del desarrollo de personal", en *VIII Congreso Nacional de Capacitación y Desarrollo de los Recursos Humanos*, Cali, Colombia.

Morera, J. (2012). *Propuesta de un modelo general para unidades funcionales multidisciplinarias de neurología*.

Papalia, D., Olds, S., Wendkos, Feldman, R. & Duskin R. (2009). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. 11ª Ed. México: Mc Graw Hill.

Plan de Desarrollo Municipal “*Unidos todos revivamos a Paratebueno*” 2012-2015.

República de Colombia (2010). *Diccionario de términos de contabilidad pública*. Contaduría General de la Nación. Bogotá.

República de Colombia. Artículo 2 Acuerdo Numero 008 de 1994. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud Ministerio de Salud República de Colombia Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Schein E. (1999). *Psicología de la Organización*, Prentice Hall International.

Vega J. (2006). *Los estudios de viabilidad para negocios*. Centro de desarrollo económico del recinto universitario de Mayagüez. Puerto Rico.

ANEXOS

Anexo 1. Siglas.

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta de Alto Costo

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Dpto: Departamento

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores

HTA: Hipertensión Arterial

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

INS: Instituto Nacional de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

LI: Límite inferior

LS: Límite superior

MEF: Mujeres en edad fértil

Mpio: Municipio

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

RLCPD: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

PIB: Producto Interno Bruto

SSPD: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano

Anexo 2. Curso de bioseguridad y manejo de residuos hospitalarios.

Es un curso teórico práctico con una duración total de 20 horas presenciales y será dictado por docentes especialistas en bioseguridad hospitalaria y sistema de gestión integral de residuos hospitalarios y similares (SGRHS). Se le debe dictar a los funcionarios que manipulan o están expuestos a químicos, toxico, rx, radioactivos, patógenos y prestan servicios de estética (corte, rasurado de pelos, de uñas, etc.). Se solicita por oficio dirigido al SENA, o Secretaría de Salud o empresa privada certificada. Una vez radicado el oficio en la oficina de capacitación y cursos del SENA, se esperan 10 días hábiles para coordinar la fecha y el lugar en el cual se realizara el curso.

Una vez terminado y aprobado el curso, la entidad que lo dicta otorgara certificado a todos los trabajadores de la empresa que fueron capacitados.

Requisitos de seguridad social:

1. Fase Afiliar a los trabajadores a una ARP	2. Fase Afiliar los trabajadores a una EPS	3. Fase Afiliar los trabajadores a un fondo de pensiones	4. Fase Afiliar los trabajadores a un Fondo de Cesantías
5. Fase Pagar a los trabajadores los intereses a la cesantías	6. Fase Se debe inscribir los trabajadores en una Caja de Compensación Familiar	7. Fase Inscribir los trabajadores al ICBF	8. Fase Inscribir los trabajadores al SENA
9. Fase Elaborar reglamento de trabajo e higiene industrial	10. Fase Elaborar reglamento de Seguridad Ocupacional	11. Fase Instalar la compañía ante Administración de Impuestos y Aduanas	

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Conocer qué es un sistema de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. El Sistema de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud incluye el nivel 1 y el nivel 2, para integrar el sistema; es la organización de toda la empresa incluida el área de auditoría o nivel 2, que según lo establece el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006, Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación (quiere decir que para alcanzar la acreditación se necesita nivel 1 y nivel 2 o área de auditoría) y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación (quiere decir que para un sistema de habilitación no se necesita el nivel 2 o proceso de auditoría).

Los procesos de auditoría (nivel 2) serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

Lo que se quiere decir, es que al tener organizado el primer nivel, necesario para la habilitación de los servicios de salud de una empresa, debemos organizar el nivel 2 o área de auditoría, para que quede implantado el sistema de auditoría.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

Según el Decreto 1011 de 2006, la auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Parágrafo. Para todos los efectos de este decreto debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

El reto de todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social de Salud es llegar a la excelencia en la Calidad de la Atención en Salud y para cumplir con este objetivo, las Secretarías de Salud correspondientes, vienen trabajando en un programa de fortalecimiento, a través del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, implementando un Modelo de Autogestión que permita el Mejoramiento Continuo de la Calidad.